

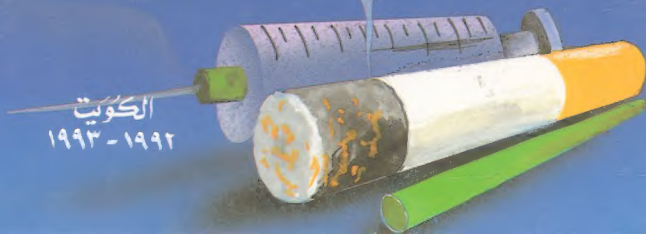


سَيِّكُولُوجِيَّة تَعَاظِي المَخْدَرَاتِ وَالْكَحُولِيَّاتِ

تأليف

الدكتور مصطفى عبد الوكيل محمد نور

الكويت
١٩٩٢ - ١٩٩٣



سيكولوجية
نُعاظم الخُدَّات والكُوليات



سَيِّكُولُوجِيَّة نَعَاطِي الْمَخْدَّرَاتِ وَالْكَحُولِيَّاتِ

تَأَلِيفَ

الدكتور صفري بيجر الحميد بن محمد

الكويت
١٩٩٢-١٩٩٣

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جميع الحقوق محفوظة

تنفيذ وإخراج وطبع ذات السلاسل

يَأْتِيهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا ءِئِمَّا الْحَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَالْأَنْصَابُ
وَالْأَزْلَمُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ
تُفْلِحُونَ ﴿٩٠﴾ ءِئِمَّا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَنْ يُوقَعَ بَيْنَكُمْ
الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْحَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَنْ
ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلَاةِ فَهَلْ أَنْتُمْ مُنْتَهُونَ ﴿٩١﴾

(سورة المائدة: ٩٠ و ٩١)

فهرست الموضوعات

تصدير	١٣
- الفصل الأول : - مقدمة في تعاطي المخدرات والكحوليات وأضرارها ..	١٧
- الفصل الثاني : - اتجاهات طلاب الجامعة نحو تعاطي المخدرات	٢٩
- الفصل الثالث : - دوافع تعلم واعتياد تعاطي المخدرات والكحوليات ..	٣٥
- الفصل الرابع : - أساليب مكافحة تعاطي المخدرات والحكوليات	٤٣
- الفصل الخامس : - نموذج من الدراسات السابقة لتعاطي المخدرات ...	٥١
- الفصل السادس : - الدراسة الحالية ومنهجها	٧١
- الفصل السابع : - عرض ومناقشة النتائج : عرض نتائج بيانات الاستبار	
والتعليق عليها	٨٧
- الفصل الثامن : - عرض النتائج المقارنة بين المدخنين وغير المدخنين على	
المقاييس الموضوعية	١١٣
- الفصل التاسع : - عرض نتائج بيانات الاحصاء الوصفي للمقاييس	
الموضوعية	١١٧
- الفصل العاشر : - عرض النتائج : تحليل التباين	١٢٩
- الفصل الحادي عشر : - عرض وتعليق على نتائج الفروق بين مجموعة غير	
المتعاطين ومجموعات المتعاطين	١٣٣
- الفصل الثاني عشر : - نتائج الارتباطات والتحليل العاملي لدرجات متعاطي	
المخدرات والكحوليات على مقاييس الدراسة ..	١٦٩

١٨١	- الفصل الثالث عشر : - خاتمة
١٨٧	- المراجع العربية
١٩٩	- المراجع الأجنبية
٢٠١	- ملاحق الدراسة

فهرست الجداول

جدول رقم (١)	المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود الاتجاه نحو تعاطي المخدرات (عينة طلاب الجامعة بمصر)	٣٦
جدول رقم (٢)	مصفوفة عوامل الدرجة الأولى قبل التدوير (في عينة الطلاب بمصر)	٣٧
جدول رقم (٣)	مصفوفة عوامل الاتجاه نحو التعاطي بعد التدوير المتعامد (لدى الطلاب)	٣٩
جدول رقم (٤)	مصفوفة عوامل الدرجة الأولى قبل التدوير	٤٥
جدول رقم (٥)	مصفوفة العوامل الخاصة بأساليب المكافحة بعد التدوير المتعامد لعوامل الدرجة الأولى	٤٦
جدول رقم (٦)	بيانات الاحصاء الوصفي للمتغيرات داخل المجموعات السبع	٧٣
جدول رقم (٧)	العمر	٧٤
جدول رقم (٨)	التعليم	٧٥
جدول رقم (٩)	معاملات ثبات السؤالين ١٩ ، ٢٠ من الاستبيان على مجموعات مختلفة	٧٨
جدول رقم (١٠)	درجات ثبات المقاييس الموضوعية	٨٢
جدول رقم (١١)	سؤال رقم (٥) بدء التعاطي	٨٨
جدول رقم (١٢)	سؤال رقم (٦) أسباب البدء	٨٩
جدول رقم (١٣)	سؤال رقم (٧) أسباب التعاطي عادة	٩٠

- جدول رقم (١٤) سؤال رقم (٩) التوقف عن التعاطي ٩١
- جدول رقم (١٥) سؤال رقم (١٠) أسباب التوقف ٩٢
- جدول رقم (١٦) سؤال رقم (١١) العودة للتعاطي ٩٣
- جدول رقم (١٧) سؤال رقم (١٢) أسباب العودة للتعاطي ٩٤
- جدول رقم (١٨) سؤال رقم (١٣) (تجريبية) وجود أصدقاء يتعاطون المخدرات ٩٥
- جدول رقم (١٩) سؤال رقم (١٣) (تجريبية وضابطة) وجود أصدقاء يتعاطون المخدرات ٩٦
- جدول رقم (٢٠) سؤال رقم (١٤) (تجريبية) وجود أقارب يتعاطون المخدرات ٩٧
- جدول رقم (٢١) سؤال رقم (١٤) (تجريبية وضابطة) وجود أقارب يتعاطون المخدرات ٩٨
- جدول رقم (٢٢) سؤال رقم (١٥) (تجريبية) حدوث مشكلات بسبب التعاطي ٩٩
- جدول رقم (٢٣) سؤال رقم (١٥) (تجريبية وضابطة) حدوث مشكلات بسبب التعاطي ١٠٠
- جدول رقم (٢٤) سؤال رقم (١٦) (تجريبية) أنواع المشكلات .. ١٠١
- جدول رقم (٢٥) سؤال رقم (١٦) ١٠٢
- جدول رقم (٢٦) سؤال رقم (١٧) ١٠٣
- جدول رقم (٢٧) سؤال رقم (١٧) ١٠٤
- جدول رقم (٢٨) سؤال رقم (١٨) (تجريبية) أضرار المخدرات .. ١٠٥
- جدول رقم (٢٩) سؤال رقم (١٨) (تجريبية وضابطة) أضرار المخدرات ١٠٦
- جدول رقم (٣٠) سؤال رقم (١٩) أنواع أضرار التعاطي (تجميعي) ١٠٧
- جدول رقم (٣١) سؤال رقم (٢٠) أساليب المكافحة (تجميعي) .. ١٠٩
- جدول رقم (٣٢) سؤال رقم (٢١) مصادر التمويل بالمخدرات ... ١١٠

- جدول رقم (٣٣) مقارنة بين أداء المدخنين وغير المدخنين (من غير متعاطي
المخدرات والكحوليات على مقاييس الدراسة) .. ١١٤
- جدول رقم (٣٤) مقياس رسم الخطوط ١١٨
- جدول رقم (٣٥) مقياس وضع النقاط ١١٩
- جدول رقم (٣٦) مقياس الذاكرة الرقمية الأمامية ١١٩
- جدول رقم (٣٧) الذاكرة العكسية ١٢٠
- جدول رقم (٣٨) الذاكرة الكلية ١٢٠
- جدول رقم (٣٩) مقياس بندر جشطلت (النسخ) ١٢١
- جدول رقم (٤٠) مقياس بندر جشطلت (الإستدعاء - التذكر) .. ١٢١
- جدول رقم (٤١) مقياس الكذب أو الجاذبية الاجتماعية من اختبار ايزنك
للشخصية ١٢٢
- جدول رقم (٤٢) مقياس العصابية من اختبار ايزنك للشخصية .. ١٢٣
- جدول رقم (٤٣) مقياس الانبساط من اختبار ايزنك للشخصية .. ١٢٣
- جدول رقم (٤٤) مقياس الذهان من اختبار ايزنك للشخصية .. ١٢٤
- جدول رقم (٤٥) مقياس الميل للإجرام أو السيكيوباتية ١٢٤
- جدول رقم (٤٦) مقياس القابلية للإجاء من اختبار منسوتا متعدد الأوجه
للشخصية ١٢٥
- جدول رقم (٤٧) مقياس مقارنة الأطوال (الصواب) ١٢٦
- جدول رقم (٤٨) مقياس مقارنة الأطوال الخطأ في اتجاه التقصير ... ١٢٦
- جدول رقم (٤٩) مقياس مقارنة الأطوال الخطأ في اتجاه التطويل ... ١٢٧
- جدول رقم (٥٠) تحليل التباين للمقاييس الموضوعية (مجموعات
الدراسة) ١٣٠
- جدول رقم (٥١) الفروق بين المجموعات على المقاييس الموضوعية .. ١٣٣
- جدول رقم (٥٢) المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات على مقاييس
البحث ١٧١
- جدول رقم (٥٣) معاملات الارتباط بين مقاييس البحث ١٧٢

- جدول رقم (٥٤) مصفوفة العوامل ١٧٤
 - جدول رقم (٥٥) مصفوفة العوامل بعد التدوير المتعامد فارمياكس .. ١٧٨

فهرست الأشكال

(للمقارنة بين أداء مجموعات الدراسة مع المقاييس النفسية)

- ١ - السلوك الحركي (رسم الخطوط) ١٥٥
- ٢ - السلوك الحركي (وضع النقاط) ١٥٦
- ٣ - ذاكرة الأرقام الأمامية (وكسلر) ١٥٧
- ٤ - ذاكرة الأرقام العكسية (وكسلر) ١٥٨
- ٥ - ذاكرة الأرقام الكلية (وكسلر) ١٥٩
- ٦ - النسخ (بندرجشطلت) ١٦٠
- ٧ - التذكر (بندرجشطلت) ١٦١
- ٨ - الكذب (ايزنك EPQ) ١٦٢
- ٩ - الإنبساط (ايزنك EPQ) ١٦٣
- ١٠ - الذهان (ايزنك EPQ) ١٦٤
- ١١ - الإجرامية (ايزنك EPQ) ١٦٥
- ١٢ - القابلية للإيحاء (منسوتا) ١٦٦
- ١٣ - الخطوط (صواب) ١٦٧
- ١٤ - الخطوط (تقصير) ١٦٨

بسم الله الرحمن الرحيم

تصدير

مشكلة المخدرات والكحوليات من المشكلات التي أصبحت تمثل تهديداً خطيراً لصحة الفرد وكيان المجتمع ، وقد بدأت الجهات المختصة والأفراد الواعون في كل دول العالم ينبهون إلى خطورة الظاهرة .

وقد حظيت ظاهرة تعاطي المخدرات والكحوليات باهتمام الباحثين العرب (المهوراي ١٩٨٧ ، مصفر ١٩٨٥ ، الدمرداش ١٩٨٢ ، غالي ١٩٨٠ ، الفرحان ١٩٨٥ ، كمر ١٩٨٥ ، حنورة ١٩٨٦ ، Soueif et al 1980, 1988) .

والبحث الحالي عبارة عن وقفة مع ظاهرة تعاطي المخدرات والكحوليات في دولة الكويت ومحاولة للكشف عن ديناميات سلوك تعاطي المخدرات والخصائص النفسية للمتعاطي مقارنا بغير المتعاطي .

وقد تم اجراء الدراسة بتمويل من جامعة الكويت قدم إلى الباحث الرئيسي « الدكتور مصري عبد الحميد حنورة » من قسم علم النفس بكلية الآداب في جامعة الكويت وذلك من خلال مشروع البحث رقم AP001 لسنة ١٩٨٥ بعنوان « العلاقة بين الاعتماد على المخدرات والكحوليات وبعض خصائص السلوك المعرفية والحركية والوجدانية » .

وربما يكون من الضروري أن أوضح بعد هذه البداية أن هذا البحث ليس دراسة في فارماكولوجيا أو سيكوفارماكولوجيا المخدرات والكحوليات ،

ومن ثم فإن حديثنا لن يكون موجهاً إلى مجال المكونات الكيميائية أو الدوائية لهذا العقار أو ذاك ، كما أنه لن يكون داخلاً في مجال اهتمامنا تتبع رحلة المخدر أو العقار داخل الجسم وتفاعله مع أجهزته ، ولكننا من البداية نود أن نحدد هدفنا وهو أن دراستنا دراسة نفسية اجتماعية تهتم بسلوك التعاطي : بدايته ودوافعه ومتعلقاته الاجتماعية والنفسية ، وعموماً فإن عدم تركيزنا على الجوانب الفارماكولوجية والسيكوفارماكولوجية لن يشكل أية متاعب أو مصاعب أمام القارئ الذي ان كان مهتماً بتلك الجوانب فسوف يجدها في مراجع أخرى متعددة بالعربية أشرنا إلى بعضها في صدر هذا الحديث ، ومن ثم فإنه مطالب منذ البداية أن يكون مهياً لأن يتلقى حديثاً في علم نفس تعاطي المخدرات وليس في شيء آخر .

والباحث لا يسعه إلا أن يتقدم بالشكر والامتنان والتقدير إلى إدارة الأبحاث بجامعة الكويت على رعايتها وتمويلها للبحث ويخص بالشكر الاستاذ الدكتور كاظم بهبهاني وأ . د . عبد الرسول الموسى والدكتور قرشي السيد والأنسة شادية العجيل والأستاذ أحمد ناجي والأستاذ أحمد مصطفى على جهودهم مع الباحث من أجل تذليل كل المصاعب وتيسير مسار البحث ، كما يتقدم بخالص الشكر إلى وزارة الصحة العامة والعاملين بمستشفى الطب النفسي بالكويت على التسهيلات التي قدموها للباحث والعاملين معه وإلى وزارة الداخلية الكويتية والعاملين بإدارة تنفيذ الأحكام والسجون على تعاونهم الجدير بالتقدير .

كما لا يفوت الباحث أن يتوجه بالشكر إلى إدارة الحاسب الآلي بجامعة الكويت للتيسيرات التي قدمت للباحث ويخص بالشكر الاستاذ محمد عطارة مخطط البرامج والمستشار بالحاسب الآلي على الجهود البارزة التي قدمها طواعية واختياراً حياً في البحث وتجاوياً مع الباحث ، والذي عمل طوال فترة البحث كمستشار للحسابات العلمية بتجرد وإيجابية .

كذلك يشكر الباحث مجموعة الباحثين الميدانيين الاساتذة مجدي جوادي وثروت نوار وصابر يوسف وفوزية فرج وزهير القلاف على كل الجهود المتميزة

التي قدموها أثناء القيام بجمع المادة العلمية ومراجعتها .

كذلك يتقدم الباحث بالشكر إلى الأنسة شذى الأسدي على جهودها في إدخال البيانات إلى الحاسب الآلي .

كما يود الباحث أن يتقدم إلى أسرة قسم علم النفس بكلية الآداب بجامعة الكويت على المعاونة التي قدموها للبحث وللباحث وكذلك إلى عمادة كلية الآداب التي تحمست لإجراء البحث والمعاونة في تذليل العقبات والمصاعب التي واجهت الباحث .

وفي النهاية لا أملك ويأمانة إلا أن أهدي هذا الجهد إلى أفراد أسرتي الزوجية الأستاذة سعاد مكى والابن وائل ووليد الذين عملوا طوعية ودون مقابل كجهاز للسكرتارية الإدارية والفنية للبحث ومن ثم لزم علي أن أقدمه إليهم رمزاً للعرفان والإمتنان .

والحقيقة أن الجهود التي ساهمت في إنجاز هذه الدراسة متعددة ولذلك فإنني لا أملك أن أعددها جميعاً ويكفي الجميع أن ثمرة جهودهم ها هي ترى النور بعد طول عناء ، وأخيراً وليس بآخر أرجو أن يكون هذا العمل كلمة في سفر المعرفة الجادة ولبنة في بناء الثقافة العربية المعاصرة .

والله ولي التوفيق . . .

د . مصري عبد الحميد حنورة

الكويت يوم الأربعاء ١٩ محرم ١٤٠٩ هـ ، ٣١ أغسطس ١٩٨٨ م .

الفصل الأول

مقدمة في تعاطي المخدرات والكحوليات وأضرارها

مع تعدد الظروف الإجتماعية وازدياد الأعباء النفسية والإقتصادية تظهر في أي مجتمع ظواهر من قبيل تعاطي المخدرات وإدمان الكحوليات وغير ذلك مما يدخل في باب الانحراف أو عدم السواء . ومجتمعنا العربي مجتمع غير مقطوع الصلة بغيره من المجتمعات .

والمجتمع الكويتي خصوصاً قد يكون أكثر اتصالاً بغيره من المجتمعات ، سواء تلك المتخلفة أو الأخرى المتقدمة . إما بسبب استقدام العمالة من أكثر من مائة دولة أو بسبب السفر للسياحة أو غير ذلك من الأسباب ، ومع تزايد الاتصال وتعرض الشخص للتفاعل مع غيره من البشر تبدأ دوافع جب الاستطلاع والمشاركة وتجريب الجديد تلعب دورها في التعرض للمنبهات أو العادات التي تظهر في المحيط الإدراكي للإنسان ، وهكذا يجد الشخص نفسه وجهاً لوجه مع سلوك تعاطي المخدرات والكحوليات سواء داخل الكويت أو خارج الكويت . ولا أريد في الموضع الراهن التعرض مباشرة للدوافع التعاطي ومقومات الاعتياد والاعتماد فهذا ما سوف نتعرض له في موضع تال ، ولكنني فقط أحاول أن أتمس طريقني إلى بداية المشكلة .

والسؤال الذي يطرح نفسه مباشرة ، هل توجد في الكويت مشكلة اعتياد على المخدرات والكحوليات ؟

الإجابة عن هذا السؤال بدقة تحتاج إلى دراسة مستقلة . ولقد قام آخرون بهذا الجهد ، وهناك تقرير تقدم به الدكتور علي مصطفى بلال إلى ندوة المسكرات والمخدرات وعلاجها التي عقدت بهيلتون الكويت خلال شهر فبراير ١٩٨٤ (مجلس وزراء الصحة لدول الخليج) بعنوان : دراسة مستقبلية للمرضى الذين يتعالجون من مشاكل الإدمان . . ويقول الباحث في تقريره « لا شك أن الملاحظة الأولى هي، أنه لدينا بالكويت مشكلة إدمان (على تناول الكحوليات) ، وبالدليل على ذلك وجود المرضى للعلاج من المشكلات المتعلقة بهذا الإدمان مثل : الجريمة وحوادث المرور وأمراض الكبد والأوعية الدموية والمضاعفات العائلية والنفسية ، علماً بأن الحالات التي تصل المستشفى لا بد وأن تشكل نسبة ضئيلة من مجموع المدمنين والذين يمكن أن نطلق عليهم مجازاً المدمنين الأصحاء أي الذين لم تظهر لديهم مشاكل بعد للتعريف بهم » .

أما عن وجود مشكلة خاصة باعتياد تعاطي المخدرات الأخرى والاعتياد عليها فهذا ما تشير إليه حقيقة وجود نزلاء متعددين بسجن الكويت وفي كثرة عدد المترددين من المتعاطين على الأقسام العلاجية بمستشفيات دولة الكويت .

وقد أحس المسئولون بدولة الكويت ببيوار ظهور المشكلة مع بداية الخمسينيات (الفرحان ، ١٩٨٥ ، ١٥) .

المشكلة قائمة إذن وموجودة ولا يهم أن تكون بسيطة أو مركبة ، أما عن حجم هذه المشكلة بدقة فهذا ما لا تتوفر تحت أيدينا في الوقت الراهن أدلة كافية للقطع حولها برأي نهائي . وليس من هدف الدراسة الحالية التعرض لحجم الظاهرة وانتشارها ، ولكن الهدف الأساسي لها هو الإجابة عن السؤال الرئيسي التالي :

هل توجد فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين للكحوليات والمخدرات في الوظائف النفسية كالذاكرة والإدراك ، وفي مظاهر السلوك الحركي وغير ذلك من خصائص سلوكية ؟

والذي دعانا إلى وضع السؤال بهذه الصيغة هو ما يتردد في التراث العلمي أحياناً عن وجود فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين في اتجاهات مختلفة وبأحجام متباينة وأحياناً أخرى عن عدم وجود فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين فيما يتعلق بأدائهم على بعض المقاييس المعرفية .

فعل سبيل المثال اتضح أن الفروق بين المتعاطين وغير المتعاطين للمحشيش (على عينة مصرية) من ذوي التعليم العالي أضخم من تلك الموجودة بين المتعاطين وغير المتعاطين من الأميين ، حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين على المقاييس التي تقيس وظائف معرفية أو نفسية حركية بين فئتي الأميين ، وهو ما تم تفسيره على أساس أن درجة التعليم ترتفع بمستوى الفاعلية العقلية والحركية عندهم إلى مستويات أعلى مما يحدث بالنسبة للأميين وبالتالي فإن التأثير في هذه الفاعلية المعرفية والحركية سيكون أكبر من التأثير الذي يمكن أن يحدث لدى الأميين الذين لم يحدث لهم من قبل ارتقاء في مستوى الفاعلية . (Soueif et al., 1980)

وهذه النتيجة نفسها تطرح أمام أعيننا المشكلة في إطارها الثقافي في صيغة السؤال التالي :

هل هناك فروق حضارية بين مجتمع ومجتمع فيما يتعلق بالتأثير الذي يحدثه الاعتماد على الكحوليات والمخدرات ؟

وهو التساؤل الذي يجعل من الأهمية بمكان عدم الاكتفاء بنتائج الدراسات التي تجري في بلدان أخرى باعتبار أنها تفسر وحدها طبيعة المشكلة ، فلكل ثقافة ظروفها الخاصة المتميزة التي تؤثر بدرجة أو بأخرى في التعامل مع معطيات الحياة ، وهو الأمر الذي يجعل من الضروري الإقرار بوجود عوامل متعددة ينبغي أن توضع في الاعتبار عند التصدي للدراسة إحدى المشكلات النفسية ذات الجذور الاجتماعية ، ومن أهم هذه العوامل ثقافة البلد بكل ما تحويه من قيم وعادات وأنماط سلوك مميزة . . . الخ بما يؤثر في تفسير أو عدم تفسير عادات التعاطي ، وهو نفس الأمر الذي يمكن أن يعتمد عليه صانع سياسات المكافحة والمقاومة .

عموما فلقد وجد أن التصدي للدراسة الظاهرة في المجتمع الكويتي أمر له ما يبرره ويستحق ما يمكن أن يبذل فيه من جهد .

وقد يكون من المناسب قبل التعرض للدراسة التي سوف نقوم بعرض اجراءاتها ونتائجها فيما بعد تقديم نبذة مختصرة عما هو مقصود بتعاطي الكحوليات والمخدرات .

تعاطي المخدرات والكحوليات :

هل مصطلح تعاطي المخدرات من أنسب المصطلحات استخداما خاصة وأن هناك مصطلحات أخرى مثل الإدمان Addiction والاعتمادية Dependence والاستخدام Use وسوء الاستخدام Abuse ؟ .

الحقيقة أن مسألة المصطلح ليست ذات أهمية جوهرية في السياق الحالي حيث أن هناك شبه اتفاق اجرائي على المقصود في الدراسات بمصطلح الإدمان وهو سوء الاستخدام ، وهو التعاطي المنتظم دون وصفة من الطبيب والاعتماد على المخدر وظهور أعراض انسحابية عند الحرمان منه .

ويشير البعض إلى أن الادمان مرتبط أساساً بنشأة متغيرات في الجسد ، وتذهب جيرالدين وودز في مؤلف حديث لها بعنوان "Drug use and drug abuse, 1986,p.13" الى أن هناك عادات مرتبطة بالمخدر يظهر أنها جسمية ، وهذه العادات الجسمية تسمى ادمانا ، فبعد استخدام عقار معين (مرات متعددة فيما بعد) يتعوده الجسم ، بحيث أن العقار يصبح جزءاً من التكوين الكيميائي للجسد ، وبدون المخدر فإن الإنسان يشعر أن جسده غير عادي .

والامفيتامينات مثال جيد لهذه العقاقير ، فهي منشطة للجسم وفي المرات الأولى التي يأخذ فيها المتعاطي العقار لا يرغب في النوم ثم بعد ذلك (بعد مرات متعددة من التعاطي) يبدأ بنام بشكل طبيعي . والحقيقة أن المتعاطي يبدأ يحس بصعوبة النوم إذا لم يتوافر العقار .

ولكي نقف مع القارئ على أرضية مشتركة فسوف نقدم من البداية تعريفاً لبعض المصطلحات المتعلقة بالعقاقير وأنواعها واستخدامها وسوء استخدامها حتى لا يجد القارئ نفسه أمام مصطلحات يدور حولها جدل من نوع أو آخر .

وقد أثرنا أن يأتي ذلك في البداية لنوفر على القارئ مشقة قد يتعرض لها إذا لم تتوفر له المعرفة المبدئية ببعض الحقائق الخاصة بالدراسة .

تعريف ببعض المفاهيم والمصطلحات

إدمان Addiction

هو عادة لا يستطيع معها مستخدم العقار أن يتوقف عن التعاطي بدون أن يعاني من أعراض انسحابية Withdrawal symptoms ، والإدمان يمكن أن يكون بدنياً أو نفسياً أو هما معا . والمدمن لمخدرٍ ما عادة يكون تحملاً Tolerance للعقار .

الكحول Alcohol

هو عقار يوجد في النبيذ والبيرة والمشروبات الروحية الأخرى . وإدمان الكحول يسمى كحولية Alcoholism .

الأمفيتامينات Amphetamines

هي العقاقير التي تنبه وتنشط الجهاز العصبي .

المضادات الحيوية Antibiotics

هي العقاقير التي تقتل أو تضعف جرثومات بكتيرية معينة .

الباربيتورات Barbiturates (المنومات)

هي العقاقير التي تبطئ من نشاط الجهاز العصبي المركزي وتستخدم للانخراط في النوم .

المهدئات Downers or Depressants

هي العقاقير التي تؤدي إلى البطء أو تهدئة أو خفض نشاط الجهاز العصبي للجسم ، والمسكنات Sedatives ، والمهدئات Tranquilizers تعتبر من تلك العقاقير .

العقاقير Drugs

هي مواد كيميائية حينما تدخل إلى الجسم فانها تؤدي إلى تغيير العمليات الجسمية العادية .

الهلوسة Hallucination

هي عبارة عن احساسات (مثلا رؤية أو سماع أو شم) لأشياء معينة غير موجودة في الواقع .

مخددرات Narcotics

هي عبارة عن مجموعة خاصة من المخدرات المسكنة للآلام التي تؤدي إلى إدمان مرتفع ، ومعظمها مصنع من أزهار بعض النباتات Poppy Flowers ، كما أن هناك بعضها مصنع في المختبرات .

وسوف يتم استخدام مصطلح المخدرات في هذا الكتاب للإشارة إلى جميع المواد المؤثرة في الأعصاب .

العقاقير الترويحية Recreational Drugs

هي العقاقير التي تؤخذ من أجل الحصول على الأثر السار الذي يجده تعاطيها ، وهي أيضا ليست العقاقير التي تؤخذ كعلاج .

المهلوسات Hallucinogens

هي العقاقير التي تؤدي إلى حدوث الهلوسة .

المسكنات Sedatives

هي مواد تؤثر في الأعصاب وتؤدي إلى حالة هدوء وربما إلى انخراط في النوم .

أثر جانبي Side Effect

هو عبارة عن تأثير للعقار على الجسم لم يكن مقصودا إحدائه عند تعاطي العقار .

منبهات Uppers and Stimulants

الأمفيتامينات هي عقاقير تنبه أو تثير Excite الجهاز العصبي .

الطباقي (التبغ) Tobacco

أوراق تحتوي على عدد من العقاقير ، وهي غالبا ما تدخن .

تحمل Tolerance

هي عبارة عن حالة يصبح معها الجسم أقل هدوء أو سكونا مع تعاطي العقار لأنه سبق تعاطيه من قبل ، وحينما يتحقق التحمل فان مزيداً من المخدر يكون مطلوباً من أجل تحقق الأثر المطلوب .

المهدئات Tranquilizers

هي عبارة عن العقاقير المهدئة .

أعراض انسحابية Withdrawal Symptoms

هي عبارة عن أعراض جسمية يعيشها الإنسان المدمن عندما يوقف تعاطي المخدر الذي أدمنه . (Woods, 1986) .

الاعتماد Dependence

عرفت هيئة الصحة العالمية الاعتماد بأنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج

عن تفاعل الكائن الحي مع العقار ومن خصائص هذه الحالة استجابات وأنماط
ساوكة مختلفة تشمل دائماً الرغبة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية ،
وذلك من أجل الشعور بآثاره النفسية أو من أجل تجنب الآثار المزعجة التي تنتج
عن عدم توفره . وقد يعتمد المتعاطي على أكثر من مادة واحدة . ويميل
الشخص إلى زيادة الجرعة بصورة متزايدة لتعود الجسم على العقار ، كما أن
هناك أعراضاً نفسية وجسمية مميزة لكل عقار عند الامتناع عنه فجأة .
(الدمرداش ١٩٨٢ ص ٢٣) .

Habituaton التعود

هو الاعتياد على تعاطي العقار مع وجود رغبة في الاستمرار في التعاطي لما
يسببه من شعور بالراحة ، والإبقاء على نفس الجرعة ، مع تكون قدر معين من
الاعتماد النفسي وعدم حدوث الاعتماد العضوي . (نفس المرجع ونفس
الصفحة) .

الاعتماد النفسي والاعتماد العضوي

هي حالة تنتج عن تعاطي المادة وتسبب الشعور بالإرتياح والإشباع وتولد
الدافع النفسي لتناول العقار بصورة متصلة أو دورية لتحقيق اللذة . أو لتجنب
الشعور بالقلق . أما الاعتماد العضوي فهو حالة تكيف وتعود الجسم على المادة
بحيث تظهر على المتعاطي اضطرابات نفسية وعضوية شديدة عند امتناعه عن
تناول العقار فجأة .

ومن العقاقير التي تسبب الاعتماد النفسي المنشطات والكوكايين والقلب
(الحشيش) وعقاقير المهلوسة والقات والطباق (التبغ) والقهوة والمسكنات
والمستنشقات .

أما العقاقير التي تسبب الاعتماد النفسي والعضوي فهي الخمر والمنومات
والمهدئات والأفيون ومشتقاته ، ويشير الباحثون في مجال الفارماكولوجيا النفسية
Psycho Pharmacology الى أنه لا توجد عقاقير للاعتماد العضوي فقط بدون
أن يسبقه الاعتماد النفسي . (نفس المرجع السابق)

التعاطي (أو الاستهلاك) Consumption

يشار بهذا المفهوم إلى قيام الفرد بادخال عقار معين إلى جسمه سواء عن طريق الفم أو الاستنشاق أو الحقن . والتعاطي قد يكون مزمناً أو غير مزمن كما يكون إدماناً أو لا يكون ، وقد يكون توعداً أو مجرد سلوك عارض .

ولذلك فإن كلمة تعاطي ، كلمة شاملة - لسلوك استخدام وسوء استخدام Using and abusing - المواد المؤثرة في الأعصاب .

والدراسة الحالية تهتم بسوء استخدام المخدرات والكحوليات أي المواد المؤثرة في الأعصاب دون أن يكون هذا الاستخدام نتيجة وصفة طبية (أي وفقاً لبرنامج علاجي يهدف إلى جعل التعاطي يقلع عن السلوك الاعتيادي على العقار) .

أضرار تعاطي المخدرات والكحوليات

لا يستطيع أحد أن يشك في أن المخدرات والكحوليات ذات أثر ضار على متعاطيها . وقد توافرت النتائج التي كشفت عن تلك المضار سواء على الحيوان أو الإنسان ، في مختلف بلدان العالم (Soueif et al. 1980) .

ومن الممكن لمن يقوم بفحص التراث العلمي الخاص بتعاطي المخدرات والكحوليات أن يتأكد بما لا يدع مجالاً للشك من أن تعاطي المخدرات والكحوليات له تأثيره الضار على الفرد من نواح متعددة ، من قبيل ذلك : القلق والانقباض وعدم الاستقرار الوجداني ، خاصة في ظل الحرمان من المادة المخدرة ، وعند المزمين Chronics يتزايد الضرر مع تزايد درجة التعلم ويكون في أقل درجاته بين الأميين ، ومن بين الوظائف النفسية الحركية التي يصيبها الضرر بسبب تعاطي المخدرات (والحشيش على وجه الخصوص) تدهور مهارة اليدين والأصابع والتأزر الحركي وسرعة الاستجابة . أما من حيث الضرر الذي يصيب الوظائف المعرفية فهو يتركز في خلل الإدراك والتذكر ودقة تقدير الزمن والأطوال . (Soueif et al, 1980) .

وقد اتضح بشكل عام أن غير المتعاطين أفضل أداء على المقاييس التي تقيس هذه الخصائص المعرفية والنفسية والحركية . (Ibid) .

وقد ظهر من مجموعة الدراسات التي أجريت في إطار نشاط هيئة بحث تعاطي المخدرات بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة أن انتشار التعاطي لم يعد يقتصر على فئة اجتماعية دون أخرى أو على مخدر دون آخر . (حنورة وآخرون ، ١٩٨٠ أ ، ١٩٨٠ ب ، Soueif et al, 1980 Soueif et al, 1982 a,b) فقد شاع التعاطي بين العديد من الفئات لجميع أنواع المخدرات ، وهو الأمر الذي أصبح يمثل تهديداً خطيراً لطاقات المجتمع المهتدة بسبب هذا السلوك الوبائي الذي بدأ يفزوا الأولاد الصغار عن لا يتجاوزون الخامسة عشرة من العمر من بين من تلاميذ المدارس الثانوية وهو الأمر الذي تم الكشف عنه من خلال دراسة على خمسة آلاف من الذكور بالمدارس الثانوية العامة بالقاهرة الكبرى ، وذلك باستخدام اختبار مقنن يتضمن عدداً من الأسئلة التي تهدف للكشف عن شكل انتشار التدخين وتعاطي المخدرات بين هؤلاء الطلاب .

وقد كشفت الدراسة عن استخدام سيء للمواد المخدرة بين نسبة كبيرة من الطلاب الصغار بشكل يدعو إلى الحذر والحيلة .

وحين يربط ذلك بما ورد في الدراسات السابقة عن الضرر الذي يصيب المتعاطي والمتعاطي المتعلم على وجه الخصوص ، والذي يبدأ مبكراً في التعاطي على وجه أخص لأدركنا مدى الضرر الذي يلحق ليس بالأفراد فحسب ولكن بالمجتمع أيضاً بسبب انتشار هذه الظاهرة الخطيرة . (Soueif et al., 1982,) (a,b) .

ومن الدراسات التي أشارت إلى عدد من الأضرار المترتبة على تعاطي المخدرات والكحوليات دراسة ليون تيك (Tec., 1972) والتي كشف فيها عن وجود زملة أطلق عليها اسم زملة ستاكاتو Stacatto Syndrome تميز سلوك المتعاطين الصغار . ومن أعراض هذه الزملة ما يشبه أعراض الفصام ، ولكن مع الاحتفاظ بعلاقات مع الأقران من تقلبات في المزاج وبعض الهلوسات مع

بعض الاضطراب في التخاطب اللفظي . وهذا النمط من السلوك متقطع وغير مترابط . ويشير الباحث إلى وجود فروق كثيرة في الشخصية والصحة العقلية بين المتعاطي وغير المتعاطي في اتجاه التدهور وسوء التوافق لدى المتعاطين من بين طلاب المدارس والجامعات .

وفي دراسة أخرى نشرها بوجليس سنة ١٩٧٣ (Pugliese, 1973) استعرض نتائج ما توفر له من البحوث التي نشرت خلال عشر سنوات منذ سنة ١٩٦٣ حتى ١٩٧٣ عن تأثير تعاطي المخدرات على التعلم والذاكرة . وكما هو معروف فهنا من أهم العمليات المعرفية ، فقد وجد مثلاً ما يشير إلى أن تعاطي عقار ل س د (LSD) والماريجوانا (الحشيش) يضعف الذاكرة والتعلم .

ومن الدراسات التي أشارت إلى التأثير الضار للماريجوانا على الذاكرة دراسة تينكلينبرج التي نشرها سنة ١٩٧٠ (Tinklinberg, 1970) وكذلك هناك ما يشير إلى تأثير الإدراك الشخصي في اتجاه التدهور كما قرر كيلنجر . ومن ناحية أخرى تشير دراسة جيلبرت (Gilbert, 1970) إلى أن القدرات العقلية تتدهور بسبب تعاطي الحشيش . وقد أشارت بعض الدراسات ، كما يقرر بوجليس ، إلى أن الحشيش أكثر ضرراً من بعض المخدرات المركبة .

وفي دراسة أجراها ميهندراتا وويج ، (Mehendiratta and Wig, 1975) ظهر وجود آثار ضارة على الانتاجية وسوء توافق عائلي ونوبات سلوك عدواني ، كما ذكر الباحثان وجود مستوى محدود للأعراض العصبية .

وقد كشفت دراسة ميشيل كيلى وفرانك سامون عن أن نسبة كبيرة من المتعاطين تركوا الدراسة ولم يعملوا بل ظلوا متعطلين ، ومنهم من ارتكب أفعالاً ترتبت عليها قضايا تنظر أمام المحاكم (Kelly and Samon, 1975) .

وفي دراسة هارمون (Harmon 1973) عن الاغتراب Alienation بين طلاب الجامعات وتعاطي المخدرات ، تم الكشف عن أن الزيادة في الاحساس بالاغتراب تتناسب طردياً مع الزيادة في التعاطي .

كذلك كشفت دراسة بنتيلا وزملائه (Pentilla et al. 1975) عن وجود علاقة بين تعاطي المخدرات وتدهور الوظائف النفسية الحركية .

أما دراسة شوبرا الهندية (Chopra, 1972) فهي تشير إلى أن هناك انجها نحو زيادة التعاطي طرديا مع زيادة درجة الحضرية والتقدم الصناعي .

أما عن التحصيل الدراسي فقد اتضح ، كما يذكر كارين وبوست (Carbin and Post, 1974) وجود نوع من اللامبالاة في كفاءة التحصيل وفقدان الرغبة في الإنجاز أو في المنافسة .

وفي دراسة أجراها ماكنامي ورملاؤه سنة ١٩٧٦ (Mcnamee et al. 1976) اتضح وجود آثار للتعاطي المزمن للأفيون تتمثل فيما يلي :

- ١ - عجز جسائي وقلق وانقباض يترتب مباشرة على التعاطي المزمن للأفيون .
- ٢ - مع استمرار التعاطي للأفيون يتزايد بروز هذه المتغيرات .
- ٣ - كذلك يزيد الميل إلى العزلة الاجتماعية .
- ٤ - ربما أدى تعاطي الهيروين - في المدى القصير - إلى خفض للتوترات الداخلية لدى المتعاطي ، ولكن التعاطي المزمن Chronicity يؤدي إلى الاحساس بخبرات ومشاعر غير مبهجة .

أما بالنسبة لتعاطي الكحوليات فقد ظهر من دراسة حديثة أجريت في الاتحاد السوفيتي أن المتعاطين (كثيفي التعاطي Heavy Drinkers) يكون أداؤهم أسوأ من أداء ذوي التعاطي الوسط أو الخفيف في القدرات العقلية ، وتتسق هذه النتائج مع نتائج دراسات أخرى أجريت في جهات متعددة من العالم كدراسات ميجليوبي ١٩٦٩ ورايان وبونرز ١٩٨٠ وفيشيلي وزملائه ١٩٨٢ . بينما لا تتسق النتائج مع ما توصلت إليه نتائج أخرى (Valdman and Zavartak, 1982; Waal, Holstein, 1980; Valdman, 1986) والأمر بهذا الشكل يحتاج علمياً إلى مزيد من الفحص ، خاصة مع اختلاف الأدوات المستخدمة وخصائص المتعاطين .

الفصل الثاني

دوافع تعلم واعتياد تعاطي المخدرات والكحوليات

مقدمة

يستطيع المتبع للدراسات المنشورة عن تعاطي المخدرات في السنوات الأخيرة أن يخرج بنتيجة ليس عليها خلاف ، ألا وهي أن سلوك تعاطي المخدرات أخذ في التزايد ، وأن هذا التزايد لا تختص به بلد دون أخرى ، بل أنه يشمل بلدانا من العالم الثالث ، كما أنه يمتد أيضاً ليشمل بلدان أوروبا وأمريكا (Soueif et al. 1982; Edwards and Arif, 1980) ويترب على هذه النتيجة ، أو يقترن بها ، نتائج أخرى ، لعل من أبرزها أن التعاطي لم يعد قاصراً على المخدرات الطبيعية (غيرالمخلقة) بل لعل الأخطر منه هو تعاطي المخدرات المصنعة كأدوية لعلاج بعض الأمراض ، والتي انحرف استخدامها إلى ما يشبه الاعتماد النفسي والبدني *Psychic and Physical Dependence* الذي يدفع صاحبه ليس فحسب إلى البحث عن المخدر الذي اعتاده ، ولكن إلى زيادة الجرعة لمواجهة تناقص الأثر الذي كانت تنتجه الجرعة المعتادة ، بل وإلى البحث عن مخدرات أخرى ، يتصور المعتاد (المتعاطي) أنها أقوى تأثيراً وأكثر فاعلية (لمزيد من التفاصيل أنظر WHO Expert Techn. Rep. No. 528 (1976) 618 (1973) .

دوافع التعاطي

وقد تكون نقطة بدء ملائمة ، لسياق حديثنا هذا ، أن نبدأ باستعراض نتائج بعض الدراسات التي كشفت عن الدوافع التي تدفع الفرد إلى تعاطي

المخدرات ثم نتقدم بعد ذلك خطوة لنترى ماذا يمكن فعله لمواجهة هذه الدوافع ، وذلك من خلال استعراض النتائج التي كشفت عنها أيضا الدراسات الامبريقية .

ومن الممكن تقسيم أسباب ودوافع التعاطي إلى ثلاث فئات هي :

- ١ - أسباب البدء في التعاطي .
- ٢ - أسباب الاستمرار في التعاطي .
- ٣ - أسباب العودة إلى التعاطي بعد التوقف عنه .

وسوف نعتمد في استعراضنا لهذه الأسباب على نتائج الدراسات العربية والتي تم اجراؤها في مصر ونشرت عنها تقارير علمية بدءاً من سنة ١٩٦٠ وحتى ١٩٨٨ .

(أ) أسباب بدء التعاطي

في عدد من الدراسات المتتالية أجريت بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية الجنائية بمصر على عينات متنوعة من متعاطي المخدرات ، وخاصة الحشيش والأفيون وردت النتائج التالية ، التي تتعلق أساسا بأسباب ودوافع البدء في تعاطي المخدر :

- ١ - التشبه بمجموعة من المتعاطين شكلوا بالنسبة للبادئ الجديد جماعة ضغط واغراء وتيسير .
- ٢ - البحث عن البهجة .
- ٣ - تقليد سلوك الكبار (خاصة إذا كان المتعاطي صغير السن) .
- ٤ - محاولة نسيان المشكلات الشخصية .
- ٥ - محاولة التغلب على حالة الاكتئاب .
- ٦ - تقليد الآخرين .
- ٧ - حب الاستطلاع ومحاولة التعرف على حقيقة ما يشعر به المتعاطي .
- ٨ - إعتقاد بشفاء بعض الأمراض .
- ٩ - لزيادة الكفاءة الجنسية .

وتتسق هذه النتائج التي كشفت عنها الدراسات المصرية المتتابعة (هيئة

بحث تعاطي الحشيش ، ١٩٦٠ ، ١٩٦٤ ، حنورة ومن معه ١٩٨٠ ، Soueif (et al, 1980) مع نتائج الدراسات الغربية التي توصل إليها باحثون أجروا دراساتهم في مجتمعات أخرى ومنهم على سبيل المثال لويس (Lewis, 1986) وماجلوثلين ومن معه (Mc Glothlin et al, 1970) .

والدوافع والأسباب المشار إليها ، وإن كانت ذات وجه سلوكي يتمثل في الدافعية الى التعاطي ، إلا أن هذا لا ينفي وجود أساس سيكاثري يمكن أن يلعب دوراً جوهرياً في قهر التعاطي على اللجوء إلى المخدر ، وهو ما يمكن أن تبرزه فئات الشباب المشار إليها فيما سبق ، خاصة فيما يتعلق بمحاولة التغلب على حالة الاكتئاب والاعتقاد بأن التعاطي يمكن أن يشفى من بعض الأمراض ، وكذلك فيما يتعلق بالاعتقاد بأن تعاطي المخدرات يمكن أن يزيد من الكفاءة الجنسية للمتعاطي .

فإذا أضفنا إلى هذه الأسباب ما كشفت عنه دراسة حديثة تم اجراؤها على طلاب الجامعة في مصر (حنورة ، ١٩٨٣) ، إذا أضفنا إلى ذلك اتجاهات طلبة وطالبات الجامعة نحو التعاطي لرأينا أن الجانب البدني يمكن أن يكون سبباً للجوء إلى الانخراط في التعاطي ، حيث اتضح من استقراء اتجاهات بعض الطلاب المتعاطين أن المخدرات وخاصة الحبوب المختلفة تساعد على تحمل المذاكرة وتنشيط القدرة على بذل الجهد ، وقد أشار إلى هذا المعنى حوالي ١٦٢٪ من مجموعة طلبة الجامعة اجابة على سؤال عما إذا كان تعاطي المخدرات يساعد على تنشيط العقل (ت=٩٧ ، ن=١٢٤ : غير متعاط ، ٢٤ متعاط ، المتوسط ٧٣ مقابل ٣٢ لغير المتعاطين ، ع=١٤ ، ٢٤ = ٣٢ ، ٢١ على التوالي).

(ب) أسباب ودوافع العودة إلى التعاطي بعد الانقطاع

- ١ - بسبب ضغط الظروف وإلحاح المناسبة .
- ٢ - لمعالجة المشكلات الشخصية .
- ٣ - لقضاء وقت الفراغ .
- ٤ - ولأن (الحشيش) أقل ضرراً من بعض المواد المخدرة الأخرى .
- ٥ - للبحث عن المتعة وطلباً للبهجة (Soueif et al, 1980.P.67) .

ومرة أخرى نجد أن طلب المتعة والهروب من المشكلات وقضاء وقت الفراغ ، وانسياقاً وراء اغراء الظروف هي نفس الأسباب والدوافع التي جرّت إلى البدء في التعاطي . وتتسق هذه النتيجة مرة أخرى مع النتائج التي توصل إليها باحث كبير هو ماجلوثلين ومن معه (McGlothlin et al, 1970) .

(ج) أسباب ودوافع الاستمرار في التعاطي

أشار المفحوصون في الدراسة المصرية إلى أن الدوافع التي تدعوهم إلى الاستمرار في التعاطي هي :

- ١ - مشاركة الأصدقاء .
- ٢ - التشبه بالرجال .
- ٣ - الرغبة في نسيان المشكلات الشخصية .
- ٤ - التخلص من حالات الاكتئاب .
- ٥ - معالجة بعض الأمراض الجسمية .
- ٦ - زيادة الكفاءة الجنسية (Ibid, 1980, P 67-68) .

ومن الواضح أن أسباب العودة إلى التعاطي تشبه أسباب البدء في التعاطي ، كما أنها يشبهان أيضاً أسباب ودوافع الاستمرار في هذه العادة مما يدفعنا إلى الاعتقاد بوجود زملة متناسكة من الدوافع إلى التعاطي ، والعودة إليه والاستمرار فيه .

هذا فيما يتعلق بسلوك تعاطي الحشيش ، وهو ما يمكن أن يشبه في جانب منه سلوك تعاطي المخدرات الأخرى في بعض نواحيه ، تلك المخدرات التي تحمل معها دواعي وأسباب وتيسيرات تجعل الحصول عليها أمراً أكثر وروداً وإلحاحاً .

وعلى العموم فإن سلوك تعاطي المخدرات لا يمكن تفسيره في إطار مجموعة من الدوافع والظروف التي تهيء للفرد مناخ التعاطي حيث أن هناك كثيراً ممن يوجدون في نفس ظروف التعاطي ، ولكنهم لا يقعون فريسة لذلك السلوك مثلاً يحدث للمتعاطين ، ومن ثم فإن علينا ألا نتسرع في استنتاج أن سلوك التعاطي يتم لمجرد وجود ظروف أو مناسبات أو دوافع معينة تدفع إلى

التعاطي ، ولكن الأمر يحتاج إلى نظرة أكثر واقعية تضع في اعتبارها خصائص واستعدادات التعاطي والظروف الاجتماعية المحيطة بالتعاطي وامكان توفر العقار من عدمه .

نمذجة التعاطي Drugabuse Modeling :

اتضح عبر العديد من الدراسات أن سلوك تعاطي المخدرات والكحوليات يبدأ بالتقليد والمحاكاة ، ويأتي التقليد والمحاكاة غالباً لأفراد يحتلون منزلة مقبولة لدى المبتدئ ، فإذا ما توفرت الظروف المواتية فإن عملية النمذجة تصبح أمراً محتملاً .

وقد اتضح من نتائج بحوث عديدة أنه حين يوجد شخص في الأسرة يتعاطى المخدرات فمن المرجح أن ينخرط الشخص المبتدئ في سلوك التعاطي ، إما تقليداً للشخص الأكبر أو بتشجيع من هذا الشخص أو على الأقل بتسامحه أو بإغماض عينيه (Soueif et al, 1980, P. 23) ، فإذا ما وجد هذا النموذج المتسامح فإن هناك عدة احتمالات لعل من أهمها البدء ثم الاستمرار في المحاكاة أو في المشاركة ثم الاستقلال بعادة التعاطي ، خاصة مع وجود مدعيات إيجابية أو سلبية تدفع إلى التعاطي (Valdman and Zavrtau, 1982) .

وعلى ذلك فإنه من الممكن الإشارة إلى أن الانخراط في سلوك تعاطي المخدرات يعتمد على التفاعل بين العوامل التالية :

- ١ - وجود خصائص ذاتية تدفع الفرد إلى التعاطي لعل من أبرزها الحاجة إلى المتعة أو نسيان المصوم أو التخلص من القلق والتوتر والاكتئاب ، بالإضافة إلى سمات شخصية قد يتميز بها الفرد تكون بمثابة استعداد وتهيؤ للتعاطي ، هذا بالإضافة إلى استعدادات بيولوجية معينة .
- ٢ - وجود ظروف اجتماعية مهيئة لسلوك التعاطي ومن أبرزها وجود النموذج والقوة .
- ٣ - وجود المخدر في متناول الفرد التعاطي بشكل أو بآخر .

الفصل الثالث

اتجاهات طلاب الجامعة نحو تعاطي المخدرات

قام الباحث بإجراء دراسة عن اتجاهات طلاب الجامعة نحو تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام عينة من طلاب جامعة المنيا في مصر (حنورة ١٩٨٦) وفيما يلي عرض لجانب من نتائج تلك الدراسة .

تم تطبيق مقياس الاتجاه نحو تعاطي المخدرات على ٢٦٠ طالبا وطالبة وتم تحليل البيانات التي تم الحصول عليها وهي تخص ١٦ بندا ، كل بند منها تمت معاملته باعتباره مقياسا مستقلا يستجيب له الطالب بتحديد رأيه فيه بدرجة تتراوح ما بين صفر ، ٩ والدرجة (صفر) تعني عدم الموافقة إطلاقا وتعني الدرجة (٩) الموافقة التامة كما تعني الدرجة (٥) أن الذي يقبلها لا يقبل ولا يرفض الفكرة أي أنه ذو نظرة محايدة تجاه ما تعنيه العبارة .

وفيما يلي نتائج التحليلات وتضم :

١ - المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل بند .

٢ - مصفوفة العوامل من الدرجة الأولى .

٣ - مصفوفة العوامل من الدرجة الثانية .

وقد رؤي أنه لا ضرورة لعرض مصفوفة الارتباط حيث أن المصفوفة العاملية سوف تكشف عن طبيعة هذه الارتباطات واتجاهاتها .

جدول رقم (١)
المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود
الاتجاه نحو تعاطي المخدرات
(عينة طلاب الجامعة بمصر)

م البنود	المتوسط	الانحراف المعياري	م بند	المتوسط	الانحراف المعياري
١	٧,٧٠٠	٢,٥٨٢	٩	٤,٠٩٦	٣,٧٦٤
٢	٧,١٦٥	٢,٦٥٢	١٠	٣,٤٠٠	٣,٧٦٨
٣	٧,١٩٢	٢,٧٣٣	١١	٨,٠٠٧	٢,٦٢٥
٤	٣,٨٩٢	٣,٠٦٩	١٢	٧,٨٠٣	٢,٣٨٣
٥	٧,٢٦١	٢,٧٤١	١٣	٧,٣٦٩	٢,٥١٨
٦	٣,٦٦٥	٣,٥٢٧	١٤	٦,٥٥٣	٣,٠١٤
٧	١,٦٤٧	٢,٦٧٧	١٥	٧,٤١٥	٢,٥٥٣
٨	٢,٤٣٨	٣,٥٧٩	١٦	٧,٢٧٣	٢,٦٦٤

(*) انظر بنود المقياس في الملحق المرفق « الجزء الثاني »

ويلاحظ أن البنود التي استحوذت على موافقة الغالبية هي البنود ١ ، ٢ ، ٣ ، ٥ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٤ ، ١٥ ، ١٦ ، وهي البنود التي تؤكد على التأثير الضار للمخدرات على الصحة وعلى الاتجاه نحو المتعاطين والتأثير الضار للمخدرات على الأسرة وتحمل المسؤولية ، وأنه يؤدي إلى سوء الخلق والسلوك الإجرامي ، كما أنه يؤدي إلى تدهور صحة المتعاطي وعدم قدرته على بذل الجهد .

ويعرض الجدول التالي مصفوفة العوامل المستخلصة بواسطة التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلنج وذلك بعد حساب الارتباطات بين بنود المقياس الستة عشر قبل تدوير المحاور .

جدول رقم (٢)
مصنوفة عوامل الدرجة الأولى قبل التدوير*
(في عينة الطلاب بمصر)

رقم البند	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث
١	٧٦٦	١٩١-	٠٨٠-
٢	٧٨٩	٠٧٥-	٠٠٥
٣	٧٣٧	٢٠٥-	١٥٨-
٤	٣٢٦	٣٩٢	٤٤٣
٥	٧٠٢	٠٤٠-	٠٠٣-
٦	٣٣٩	٦١٠	٠٤٧
٧	٠٤١	٦٢٥	٤٧٧
٨	١٥١	٤٠٩	٣١٢
٩	٢٨٥	٧٠٧	٤٨٦-
١٠	٢٧١	٧١٤	٤٣٨-
١١	٧٨٣	٠١٤	٠٣٩-
١٢	٨٠٢	٠٥١-	١١١
١٣	٧٨٢	٠٩٣-	٠٤٢-
١٤	٦٤٨	٠٣٨-	٢٠٩
١٥	٨٣٠	١٨٢-	٠٢٩
١٦	٧٩٤	١١٦-	٠٣٢
الجذر الكامن	٦,١٩٤	٢,٢٣٨	١,٠٤٣
النسبة المئوية للتباين	٣٨,٧١٢	١٣,٩٩٢	٦,٥٢٤

(*) تم إكتفاء بثلاثة أرقام عشرية ، كما تم حذف العلامة العشرية وهو ما اتبع في الجداول التالية أيضا « انظر الملحق : الجزء الأول » وذلك للوقوف على منطق بنود المقياس ، وقد استخدمت في الجدول أرقام البنود فقط دون نصها إكتفاء بما هو وارد في نص المقياس « انظر الملحق ١ ص ١٨٩ ».

ومن الواضح أننا أمام ثلاثة عوامل منها عامل قوي هو العامل الأول الذي استحوذ على ٣٨٧١٢٪ من التباين ، وقد تشبعت عليه معظم البنود (١١ بنداً) وتشبعاتها إيجابية ، وأعلى تشبع عليه جاء للبند رقم ١٥ ، والذي ينص على أن تعاطي المخدرات يؤدي إلى سوء الخلق ، يليه البند ١٢ ، والذي ينص على أن تعاطي المخدرات يؤدي إلى تدمير الحياة الأسرية ، أي أنه عامل يهتم أساساً بالحياة اليومية وتأثيرها بتعاطي المخدرات سواء بالنسبة للمتعاطين أو من يتعامل معهم . أما العامل الثاني فهو عامل أقل قوة فقد استوعب ٩٩٢ر١٣٪ من التباين وتشبعت عليه ستة بنود وكلها تشبعت إيجابية وأعلاها البند رقم ١٠ ويذهب إلى أن تعاطي المخدرات له تأثير جيد على كفاءة السلوك الجنسي عند النساء ثم البند رقم ٩ الذي يذهب إلى أن المخدرات لها تأثير جيد على كفاءة السلوك الجنسي عند الرجال ، ثم البند رقم ٦ الذي يذهب إلى أن التعاطي يساعد على الهروب من المشاكل ، ثم البند رقم ٨ الذي يتسامح مع الزواج من متعاطي المخدرات والبند رقم ٤ الذي يذهب إلى أن التعاطي أصبح ظاهرة شائعة بين طلاب الجامعة .

أما العامل الثالث فهو أضعف العوامل الثلاثة وقد استحوذ على ٦٠٥٢٤٪ من التباين الارتباطي وتشبعت عليه ٥ بنود منها ثلاثة بنود ذات تشبعت إيجابية وبنودان سلبيان في التشبع .

والبنود التي تشبعت على هذا العامل هي ٤ (إيجابي) ، ٧ (إيجابي) ، ٨ (إيجابي) ، ٩ (سلمي) و ١٠ (سلمي) . وهو عامل يشير إلى شيوع تعاطي المخدرات بين الطلاب وأنه يساعد على تنشيط التفكير والذكاء وعدم الاكتراث للزواج من شخص متعاط ، أما البنودان ٩ ، ١٠ فهما يتعلقان بالتأثير الإيجابي للمخدرات على كفاءة السلوك الجنسي عند الرجل والمرأة .

والعامل وإن كانت تشبعاته ليست كبيرة إلا أنه عامل واضح من حيث ما يشير إليه حيث أن أبرز تشبعاته خاص بالعلاقة بين طلاب الجامعة والتعاطي ، وأنه يؤثر على الذكاء والذاكرة .

وربما كان من المناسب النظر إلى هذه العوامل بعد تدويرها تدويرا متعامدا
لإبراز قدر أكبر من الوضوح وهو ما يكشف عنه الجدول التالي :

جدول رقم (٣)
مصفوفة عوامل الاتجاه نحو التعاطي
بعد التدوير المتعامد
(لدى الطلاب)

العوامل / رقم البند	١ عامل تجريم التعاطي	٢ عامل طلب المتعة	٣ عامل التسامح مع التعاطي	قيم الشيوع
١	٧٨٩	٠٤٣	٠٦٩-	٦٢٨
٢	٧٨٦	٠٧٣	٠٧٣	٦٢٨
٣	٧٦٤	٠٨٠	١٤١-	٦١٠
٤	٢٣٠	٠٤١	٦٣٤	٤٥٦
٥	٦٩٣	٠٩٠	٠٧٧	٤٩٤
٦	٠٩٦	٤٥٠	٤٦٩	٤٣١
٧	١٠٠	١٤٠	٧٦٨	٦١٩
٨	٠٥٥	١١٢	٥٢١	٢٨٦
٩	١٢٠	٨٨٤	١٤٣	٨١٦
١٠	١٠٥	٨٥٥	١٨١	٧٧٥
١١	٧٦٠	١٦٦	٠٩٧	٦١٥
١٢	٧٩٣	٠٢١	١٦٩	٦٥٧
١٣	٧٨٣	٠٩٠	٠٢٥	٦٢٢
١٤	٦٤٠	٠٦٠-	٢٢٨	٤٦٤
١٥	٨٤٩	٠١٤-	٠٢٧	٧٢٢
١٦	٨٠٠	٠٢٦	٠٦٦	٦٤٥
النسبة المئوية للتباين	٣٧,٤٧٦	١١,٣٢٤	١٠,٤٢٩	٥٩,٢٣٠

(*) انظر قائمة البنود بالملحق في نهاية التقرير .

وباستقراء الجدول يلاحظ أن العوامل الثلاثة لها نفس الترتيب السابق في مصفوفة العوامل قبل التدوير وفيما يلي استعراض لهذه العوامل الثلاثة .

العامل الأول (تحريم التعاطي)

استوعب العامل ٣٧٤٧٪ من التباين الارتباطي وتشبعت عليه ١٠ بنود كان أعلاها هو البند رقم ١٥ وتشبعه إيجابي ، وهو خاص بأن التعاطي يؤدي إلى سوء الخلق ، يليه البند رقم ١٦ ويذهب إلى أن التعاطي يؤدي إلى الإرهاق والتعب ثم البند ١٢ الذي يذهب إلى أن التعاطي يؤدي لتدمير الحياة الأسرية ، أما البنود (١ ، ٢ ، ٣) ، فترى أن المخدرات لها تأثير ضار على الصحة النفسية والبدنية ثم مجموعة البنود ١١ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٤ ترى أن التعاطي محرم وأنه يدمر الأسرة ويساعد على ارتكاب الجريمة وعدم تحمل المسؤولية ، ومن الواضح أنه عامل للاتجاه السليبي نحو التعاطي أو الاتجاه الإيجابي نحو عدم التعاطي .

العامل الثاني (عامل طلب المتعة)

وقد تشبعت على هذا العامل ثلاثة بنود، واستحوذ على ١١٣٢٪ من التباين والبنود المشبعة عليه البند رقم ٦ والبند رقم ٩ والبند رقم ٥ ، وكلها تشبعت إيجابية والبند رقم ٩ هو أعلاها حيث بلغ تشبعه ٨٤٤٪ وهو يشير إلى أن التعاطي يزيد من كفاءة السلوك الجنسي عند الرجال ويليهِ البند رقم ١٠ الذي يرى أن تعاطي المخدرات يزيد من كفاءة السلوك الجنسي عند الإناث ، أما البند رقم ٦ فهو يذهب إلى أن التعاطي يساعد الأفراد على الهروب من مشكلاتهم . ومن الواضح أن العامل يبلور عقيدة قطاع من الناس يلجأون إليه لتعويض نقص ، أو للهروب من ضعف أو لتناسي مشكلة ومعنى هذا أن الفرد ينجأ إليه طلباً لمتعة خاصة أو للترفيه والابتعاد عن المشكلات وهو عامل طلب المتعة .

العامل الثالث (عامل التسامح مع التعاطي)

وقد استوعب هذا العامل ٢٩٪ من التباين وتشبعت عليه البنود ٤ ،

٦ ، ٧ ، ٨ ، وكلها تشبعت إيجابية ، وأعلما تشبعا هو البند رقم ٧ الذي يذهب الى أن تعاطي المخدرات ينشط العقل ويوسع الخيال ، يليه البند رقم ٤ الذي يذهب إلى أن التعاطي ظاهرة شائعة بين طلاب الجامعة ، ثم البند رقم ٨ الذي يتسامح مع الزوج من شخص متعاط ، ثم البند رقم ٦ الذي يرى أن التعاطي يساعد الأفراد على الهروب من مشكلاتهم .

وكما هو واضح ، فإن هذا العامل هو عامل متسامح مع التعاطي وهو عامل خاص بالتعاطي بين طلاب الجامعة حيث أن كل بنوده تشير إلى واقع يؤمن به ويعتقه قطاع من الشباب سواء فيما يتعلق بفائدة المخدر للتفكير والذكاء أو شيوعه بين الطلاب أو أن اللجوء إليه يساعد على الهرب من المشكلات أو أن الزوج من شخص متعاط ليس له أهمية وهو عامل متعلق بالتسامح مع التعاطي .

إذن فهناك ثلاثة اتجاهات تتعلق بالتعاطي : اتجاه يرى أن التعاطي ضار ومحرم ومتشدد إلى أقصى حد في الاتجاه المضاد للتعاطي ، والاتجاه الثاني وهو عامل خاص بالبحث عن المتعة والهرب من المشاكل ، وهو اتجاه إيجابي مع التعاطي ، وأما الاتجاه الثالث فهو اتجاه متسامح مع التعاطي بين الطلاب على وجه الخصوص .

وتكشف هذه النتائج عن أن القطاع العريض من الطلاب يؤمنون بأن التعاطي عادة سيئة ، وأنه ضار صحيا وأنه سيء من حيث تأثيره على السلوك الفردي والسلوك الاجتماعي . وعلينا أن نتمسك بخيوط هذا الاتجاه وتنميتها لدى الشباب ، أما أولئك الذين يتعلقون به طلبا للمتعة أو بعدا عن المشاكل أو من أجل تحسين مستوى ذكائهم ، وتحصيلهم فإنه لا يمكن الزعم أنهم غير موجودين أو أنهم قلة أو لا تأثير لهم ، حيث اتضح فعلا بروز اتجاهين متباينين تماما أحدهما يحرص المتعة والثاني يحرص ما يشعر به المتعاطي من تنشيط للعقل ، وينبغي أن يوجه الاهتمام إلى الفئة التي تؤمن بأحد هذين الاتجاهين أو بكليهما عندما نكون بصدد تطوير برنامج للوقاية من تعاطي المخدرات .

الفصل الرابع

أساليب مكافحة تعاطي المخدرات والكحوليات

رأينا فيما سبق أن سلوك تعاطي المخدرات ينشأ وينمو نتيجة لأسباب متعددة منها ما هو نفسي ، وما هو اجتماعي وما هو بدني ، ولذلك فانه من الضروري للغاية أن يكون مائلا في الأذهان كل تلك المتغيرات ، وما يرتبط بها من أبعاد أخرى عند التفكير في رسم خطط المكافحة .

وعلى سبيل المثال ، فإن هيئة بحث تعاطي الحشيش بمصر (١٩٦٤) وجدت أن الشخص الذي ينخرط في سلوك التعاطي غالبا ما يكون متتميا إلى أسرة لا تمارس عليه رقابة فعالة ، كما أن نسبة لا بأس بها من المتعاطين وجدت أنها كانت ذات عائلات مفككة إما لوفاة الأب أو الأم أو لزواج بغير والد أو والدة المتعاطي . كذلك فقد وجدنا في دراستنا الانتشارية (الويائية) أن التعرف على المخدرات يتم من خلال الزملاء والأصدقاء ، وأن التعاطي يبدأ غالبا بإغراء وتشجيع هؤلاء الزملاء والأصدقاء ، كذلك فقد لوحظ من خلال استقراء استجابات المفحوصين (Subjects) عبر عدة دراسات أن التعاطي لأول مرة كان يتم من خلال المشاركة في حفلة أو مناسبة اجتماعية . وإذا ما أضيف إلى هذا كله ما سبق ذكره من أن التعاطي يتم تشبها بالرجال أو لمجرد تقليد الآخرين أدركتنا على الفور الدور الذي يلعبه النموذج أو القدوة في نشأة التعاطي كسلوك اجتماعي قبل أن يكون مجرد سلوك فردي ينشأ وينمو نتيجة دوافع فردية خالصة .

وقد تم إجراء دراستين فالدراسة الأولى (حنورة وآخرون ١٩٨٠ ب)

اهتمت بالكشف عن أنسب الأساليب التي يمكن أن تكون فعالة في مقاومة التعاطي وذلك من خلال آراء عينة من المتخصصين والخبراء ، أما الدراسة الثانية فقد قمنا بها على عينة من طلاب الجامعة للكشف عن توجهاتهم في أنسب الأساليب والوسائل التي تستخدم لمكافحة التعاطي (حنورة ، ١٩٨٦) .

وفي الدراسة الأولى تم الكشف عن تسعة عوامل ، الأول هو عامل مهم بعلاج المتعاطين والثاني يتم بالقمع والمطاردة والثالث تعليمي تنويري بأضرار المخدرات وعامل خاص بإبراز ضرر التعاطي وعامل خامس خاص بعلاج المدمن وتأديبه وعامل للوقاية السابقة لمن لم يقع في التعاطي بعد ، ثم عامل سابع وهو يتم بتقديم البديل البريء للتعاطي مثل قضاء وقت الفراغ والرياضة والترويح ثم عامل ثامن شبيه بالعامل السابع ثم عامل تاسع خاص بالإعلام بأضرار التعاطي .

أما الدراسة الثانية فقد رأينا أن نقدم نتائجها بشيء من التفصيل فيما يلي (حنورة ١٩٨٦) .

اتجاهات طلاب الجامعة نحو مكافحة تعاطي المخدرات

تم إعداد أداة تضمنت ثلاثة وعشرين بنداً (انظر الملحق ١ ص ١٨٩) تتعامل مع عدد من الآراء المتعلقة بمكافحة تعاطي المخدرات والكحوليات ، وطبقت على عينة من طلاب الجامعة بمصر (٢٦٠ طالبا وطالبة) وأسفر التحليل العامل عن ظهور العوامل التالية ، استخلاصا من مصفوفة الارتباطات بين الدرجات التي منحها المفحوصون لكل بند من بنود الأداة المستخدمة :

جدول رقم (٤)
مصفوفة عوامل الدرجة الأولى قبل التدوير *

٦	٥	٤	٣	٢	١	العوامل البند
٠٢٨	١٤٠-	٢٨٦	٥٨-	٤٣٠	٤٨٥	١
٢٧٣	٣٠٦-	٠٤٤	٠٤٨	٣٠٦	٤٨٦	٢
١٥٣	٥١٧	٢٨٥-	١٢٣	١٧١	٥٠٢	٣
٠٠٩	٣٦٢	٢٩٧	٠٥٩-	٥٦٨	٣٤٠	٤
١٦٨-	٠٦٧-	٢١٢	٣١٧-	٣٦٨	٥٢٥	٥
١٦٢	٢٥٦	٢٦٤-	٢٩٧-	٠٨٤	٤٨٩	٦
١٣١	٠١٣-	٣٧٧	٠٢١	٠٥٢-	٥٥٢	٧
١٩٧-	٠٥٠	١٣٦	١١٥	٣٤٣-	٦٤١	٨
٤١٢-	٢٢٥	٩٠٠	١٦٩-	٠١٣-	٥٤٥	٩
١٠٥-	٠٤٩-	٢٥٢-	١٣١-	١٧٥-	٦٠٥	١٠
١٩٢-	٠٤٥-	٠٢١	١٥٢-	٢٥٦-	٦٨١	١١
٢١٣	٠٤٨	٠٣٨-	٠٣٦-	٣٨٣-	٦١٨	١٢
٣٥٦	١٦٥-	١٦٠	٠٠٠	٠٨٤-	٥٨٠	١٣
٠٤٩	٠٦٩	٠٦٧-	٢٥٥-	٠٤١-	٦٨٢	١٤
١٤١	١٠٨-	٢٥٢-	٠٦٠	٠٥٩	٦٨٩	١٥
٣٢٦	١٣٧	١٨٢-	٣٦٧	١٧٠	٥١٨	١٦
١٧٥-	٢٠٤-	١٢١-	٦٠٥	٢٣٦	٣٩٠	١٧
١٦٧	١٢٨	٤٣١	٢٩٠	٤٧٦-	٣٠٨	١٨
٠٢١	٣٣٤-	٢٧٤-	١٦٥	٠٠١-	٦٥٤	١٩
٢١٤-	١٩٤	٣٢٤	١١٥	١٢٠-	٤٨٧	٢٠
٠٦٥	١١٦-	٠٤١	١٧٥-	٧٠٠	٧٢١	٢١
٢١٦-	٢٧٥-	٠٤٥	٢٣٦-	٠٧٤-	٦٤٦	٢٢
٠٤٧-	٠٥١	٠٢٦-	٢٢٦	٠٣٥-	٦٠٢	٢٣
١,٠٥٨	١,٠٣٠	١,١٣٩	١,١٦٤	١,٤٦٦	٧,٥٤٥	الجذر الكامن
٤,٤١٢	٤,٢٩٢	٤,٧٤٧	٤,٨٥٣	٦,١٠٩	٣١,٤٣٨	نسب التباين

(*) انظر نص البنود في الملحق المرقق بأخر التقرير .

وفيا يلي المصفوفة العاملية بعد التدوير المتعامد باستخدام طريقة
الفاريماكس :

جدول رقم (٥)
مصفوفة العوامل الخاصة بأساليب المكافحة بعد التدوير
المتعامد لعوامل الدرجة الأولى

البند / العوامل	١ المقاومة المسبقة	٢ عامل تعليمي	٣ المكافحة الأمنية	٤ علاج المتعاطي	٥ رقابة الطلاب	٦ التوعية الشعبية	قيم الشيوع
١	١٣٠	٥٥٨	١٤٠	٠٨١	٠١٠-	٣٦٩	٥٢٥
٢	٠٩٨	٢٧٧	١٧٦	٠١١	٠٧٩	٦١٥	٥٠٢
٣	١٦٣	١٧٦	٢٤٣	٠٥٩	٧٤٠	٠١١	٦٦٧
٤	٠٥٥-	٧٨٤	٠٧٢	٠٧١	٢٩٧	٠٠٤	٦٦٠
٥	٣٩٤	٦٢٨	٠٣٠	٠١٠-	٠٢٣-	١٦٩	٥٨٩
٦	٤٥٩	٠٤٧	١٢٣-	٠٠٨	٥٠٢	١٢٣	٤٩٥
٧	٢١١	٢٩٢	١٢٤	٤٨٣	٠٧١	٣١٣	٤٦٦
٨	٥١٣	٠٣٥	٢٤٧	٥٢٧	٠٧٦	٠٦٠	٦١٢
٩	٦٠٦	٢٦٦	٢٠٣	٠٨٩	١٧٧	١٨٩-	٥٥٤
١٠	٦٢٢	٢٩٥	١٦١	٠٧١	١٩٧	١٨٢	٤٩٠
١١	٦٧٣	٠٩٥	١١٣	٣٠٦	٠٦٤	١٤١	٥٩٢
١٢	٤٤٢	٠٩٧-	٠٠١-	٣٨٧	٣١٦	٣٠٩	٥٥٠
١٣	٢٢٩	١٠٦	٠٠٨-	٣٤٨	١٦١	٥٥٩	٥٢٣
١٤	٥٦٤	٢١١	٠٠٤-	١٤٦	٣٠٦	٢٥٦	٥٤٢
١٥	٤١٢	٠٦٧	٢٩٧	٠٥١	٣٢٦	٤٥٢	٥٧٦
١٦	٢١٧	١٨٤	٦٥٠	٠٩١	٢٢٧	٠٤٥-	٥٨٩
١٧	٠٠٦	٠٧٦	٧٧٢	٠٧٤	٠٠٥	٢٢٩	٦٦٠
١٨	٠١٨	١٠٦-	٠٠٥	٧٨٢	٠٦٠	٠٩١	٦٣٥
١٩	٤٣٧	٠٤٥-	٤٣٥	٠٣٢	١٠٩	٤٩٧	٦٤٢
٢٠	٢٨١	٢٧٢	١٩٠	٥٠٥	٠٦٠	٠٧٢-	٤٥٢
٢١	٥٠٠	٣٠٢	٠٨٤	١٦٢	١٦٤	٤١٢	٥٧٤
٢٢	٦٦٠	٢٠٩	١١١	١٣٥	١٢٠-	٢٨١	٦٠٣
٢٣	٢٨٩	١٠٠	٤٠٤	٣٠٥	٢٣٢	١٨٩	٤٣٩
% للتيارين	١٥,٧٧	٨,٠٠	٧,٥٠	٨,١٧١	٧,٣٣٢	٩,٠٦١	

مناقشة العوامل :

سيتم الاكتفاء بالتعليق على نتائج التدوير المتعامد لمصفوفة العوامل الناتجة عن التحليل العامل من الدرجة الأولى بطريقة هوتلينج للمكونات الأساسية . ويتضح أن العوامل الناتجة عبارة عن ستة عوامل استحوذت فيها بينها على ٨٥٤ و ٥٥٪ من التباين ، استحوذ العامل الأول منها على ١٥٥٧٪ من التباين وهي نسبة عالية ، بينما توزعت نسب التباين الأخرى بين باقي العوامل الخمسة الأخرى بنسب متقاربة تقع ما بين ٧٣٣٪ للعامل الخامس و ٩٠٦٪ للعامل السادس وفيما يلي استعراض لهذه العوامل .

العامل الأول (المقاومة المسبقة أو الوقاية)

استوعب هذا العامل ١٥٨٥٪ من التباين الارتباطي ، وكان أعلى تشيع عليه ٦٧٣٪ للبند ١١ الذي يدعو إلى اشتراك الطلاب في فرق رياضية ، وهو عامل للمقاومة المسبقة وتشبعاته كلها إيجابية وقد تشيع عليه ١٢ بنداً (وأقل تشيع قبلناه ٣٥٪) . وتشير البنود المشبعة عليه إلى تبني أساليب متنوعة للمكافحة ، والمقاومة من قبل زيادة المصححات ، ومنع التدخين في أماكن العمل ، وتدبير أماكن وأنشطة لقضاء الوقت ، ورقابة الآباء وامتناعهم عن التدخين وعدم التعاطي ، وتنشيط القيم الإيجابية والرقابة على الصيدليات ، وتكثيف نشاط رجال الأمن ، وإعداد برامج إعلامية حول مضار التعاطي وإحكام السيطرة على زراعات المخدرات .

العامل الثاني (العامل التعليمي)

وقد استوعب ٨٪ من التباين الارتباطي وقد تشبعت عليه أربعة بنود ، وكان أعلى تشيع عليه للبند الرابع بمقدار ٧٤٨٪ وتشبعاته كلها إيجابية . وهذا العامل فيما يبدو بشكل واضح تعليمي ، إذ أن أعلى تشيع عليه للبند الرابع الذي يدعو إلى كتابة إرشادات تحذر من تعاطي المخدرات على أغلفة الكتب والكراسات ، كما تدعو البنود الأخرى إلى تدريس أضرار المخدرات بالمدارس

والجامعات (البند الأول) وإلى ترتيب رحلات لتلاميذ المدارس وطلاب الجامعات لزيارة المصححات ورؤية مضار المخدرات وإعداد وتقديم برامج إعلامية عن مضار المخدرات .

العامل الثالث (المكافحة الأمنية)

وقد استوعب ٧٠٪ من التباين الارتباطي وأعلى تشيع عليه جاء للبند رقم ١٧ وهو يدعو إلى إعدام تجار المخدرات . وهو فيما يبدو عامل أمني يتعلق بتنشيط جهود رجال الأمن من الرقابة ومطاردة المخالفين وصرف حوافز لرجال المقاومة .

العامل الرابع (العلاج المجاني للمتعاطي)

وهو عامل إعلامي ، وقد استحوذ على ١٧٪ من التباين الارتباطي وقد تشبعت عليه ثمانية بنود كلها تشبعاتها إيجابية ، وأعلىها كان للبند ١٨ ، وقد جاء تشبعه ٧٨٢ر وهو بند يدعو إلى علاج المتعاطين مجاناً . وتدعو بنود هذا العامل إلى إعداد أفلام عن أضرار التعاطي وتدبير أماكن وأنشطة ترويجية واشتراك الطلاب في أنشطة رياضية ، وترسيخ القيم الإيجابية ، وتبسيط نتائج البحوث ونشرها ، وتقديم نماذج من المتعاطين في أجهزة الإعلام كأمثلة لأضرار المخدرات .

ومن الواضح أن العامل عامل إعلامي أساساً ، وهو دعوة صريحة إلى تكييف المادة الإعلامية وتبسيط نتائج البحوث وتسويقها لكل الشباب لتصبح مادة قابلة للملاحظة أو الاستيعاب .

العامل الخامس (الرقابة الصارمة على الطلاب)

وهو عامل تشيئي يهدف إلى بناء قيم مضادة للتعاطي . وقد استحوذ هذا العامل على ٣٣٪ ٧٠ر وقد جاء أعلى تشيع عليه للبند رقم ٣ حيث كان ٧٤٠ر ، وهو يدعو إلى اتخاذ إجراءات صارمة من قبل الجامعة مع الطلاب الذين يثبت تعاطيهم للمخدرات ، وكما يدعو العامل إلى منع التدخين في المدارس

والجامعات بند رقم ٦ ، وكذلك تنشيط القيم الإيجابية عند الشباب وتعميم مراكز التوجيه والإرشاد ، والرقابة على الصيدليات ، ومن الواضح أنه عامل يهدف إلى الرقابة من خلال بناء نواة صلبة للوعي بأضرار المخدرات لدى الشباب .

العامل السادس (التوعية الشعبية)

وقد استحوذ هذا العامل على ٩٠.٦٪ من التباين الارتباطي وهو يميل في معظمه إلى تنمية الوعي الشعبي حيث جاء أعلى تشيع عليه للبند رقم ٢ ، وكان ٦١٥ ر وهو بند يدعو إلى إقامة أسبوع أو أسابيع توعية على المستوى الشعبي للتبصير بأضرار المخدرات ، تلاه البند رقم ١٣ الذي يدعو إلى تبسيط نتائج البحوث العلمية الخاصة بأضرار المخدرات وشرحها على أوسع نطاق . من ناحية أخرى اتجه هذا العامل إلى أهمية الرقابة على الصيدليات وتكثيف نشاط رجال الأمن وعمل اللازم للتحذير وتنشيط القيم لدى الشباب . وهو على العموم عامل قريب الشبه من العامل الأول .

ومن الممكن إيجاز القول فيما يتعلق بهذه العوامل بأنها أساليب لمكافحة انتشار المخدرات بين الشباب كما يرونها بأنفسهم ، وهم أصحاب المشكلة وأقرب إلى إدراك أبعادها . وهي عوامل خاصة بالإعلام والتعليم ، والنشأة والرقابة والعلاج وهو ما أمكن الكشف عنه أيضا في دراسة سابقة أجريت على عينة من الخبراء المتخصصين في شؤون مكافحة وعلاج المتعاطين مما يؤكد أن هذه الأساليب على قدر واضح من الثبات والمقبولية بما يدعو إلى تبنيها ووضع خطط تنفيذية مناسبة لاستثمارها من قِبَل مَنْ يحتمل الأمر من المربين ورجال الأمن والقضاة والمعالجين النفسيين والمصلحين الاجتماعيين ورجال الإعلام .

الفصل الخامس

نموذج من الدراسات السابقة لتعاطي المخدرات المنحى الوبائي «الانتشاري» في دراسة تعاطي المخدرات والكحوليات

مقدمة

سوف نعرض فيما يلي نموذجاً من الدراسات الحديثة التي أجريت عن انتشار المخدرات وهو عبارة عن دراسة تهتم بالجوانب الوبائية (أي دراسة نشأة سلوك التعاطي وانتشاره واستمراره والتوقف عنه ودوافعه ومكافحته) . (حنورة وآخرون ١٩٨٠ ب) .

وقد رأينا أن نقدم تعريفاً بالمنحى الوبائي في هذا القسم نتناول فيه الجوانب المنهجية في المنحى الوبائي وذلك بقصد الكشف عن جدوى استخدام هذا المنحى في دراسة تعاطي المخدرات وأنواع القيود التي ربما تعوق حركة الباحث عند استخدام هذا المنحى ، وذلك من خلال هذا النموذج الذي شاركنا في بنائه واستخدامه في مصر (Soueif et al, 1988) .

والمنحى الوبائي فيما يقرر بريان كوبر وميشيل شيبون ظل لفترة يعد بمثابة علم الأوبئة Epidemics بمعنى دراسة نوبات التفشي الضخم للمرض المعدي . ولكن ، وكما يقرر هذان الباحثان ، لا يوجد تحقيق لفظي دقيق لهذا المعنى المحدد .

وفي الاستخدام الحديث كسب هذا المصطلح دلالة أوسع ، كما يتضح من التعريفات التالية :

١ - هو دراسة الصحة والمرض بين الجماهير والمجموعات (Morris, 1957) .

- ٢ - هو دراسة العوامل التي تؤثر في حدوث وتوزيع المرض والضعف والموت بين تجمع من الأفراد (Leavell and Clark, 1953) .
- ٣ - هو دراسة توزيع مرض أو حالة Condition بين جمهور ودراسة العوامل المؤثرة في هذا التوزيع (Wld. Hlth. Tech. Rep.Ser. 1973 (No. 52 P. 17) .

وتكشف هذه التعريفات خاصة الأخيران منها عن الصلة بين المنحى الوبائي والطب الوقائي ، كما أنه من الممكن اعتبار هذا المنحى هو الخطوة الأولى في أي برنامج للصحة العامة (Cooper and Shepherd) ، وبهذا المعنى فإن البعض يعتبرون أن الوبائية (الإبيديميولوجيا) هي أحد الفروع المهمة في المنحى الإكلينيكي ، من حيث أن الأخير يتم أساسا (بالمريض الفرد) على حين أن أخصائي المنحى الوبائي تتكون الوحدة الأساسية لملاحظاته من (الجماعة أو المجتمع) الذي يضم في نفس الوقت كلا من المرضى والأصحاء وربما كان الأصحاء ذوي أهمية خاصة لدى عالم الإبيديميولوجي وذلك لتنظيم جمع البيانات من جمهور كبير وتصنيفها وتحليلها وفهم وتفسير دلالتها .

يضاف الى هذا أن المتخصص في المنحى الإبيديميولوجي (الوبائي) يهتم بتناول المشكلات الخاصة بالوقاية والتحكم في انتشار المرض ، وبالتالي فإن هذا المنحى كعلم يرتبط إلى حد كبير بدراسة الآثار البيئية على الصحة والمرض . ويشار إلى هذا الموضوع عادة بعلم التبيؤ الطبي (Medical Ecology (Hare, 1952) .

المنحى الوبائي في الطب النفسي

استخدمت الطرق والمناحي الوبائية في دراسة نطاق واسع من الأمراض والاضطرابات والظواهر المرضية المتمثلة من الأمراض المعدية الى اضطرابات القلب وشاملة الاضطرابات المتعلقة بالوراثة والأمراض العقلية وجنح الأحداث والجريمة .

(Wld. Hlth. Org. Rep. Ser. 1973, No. 526 P. 11)

ويشير كوبر وشيرد إلى أن هناك محاولات قديمة للإفادة من خصائص أو مميزات المنحى الوبائي وهي ترجع في الطب النفسي إلى القرنين السابع عشر ، والثامن عشر . وقد كانت الإفادة محدودة وعابرة ، ولكن حدث تقدم مهم في القرن التاسع عشر على يد بينيل (Pinel) الطبيب النفسي المعروف حيث اهتم بدراسة تاريخ أعراض المرض العقلي من جوانبها المختلفة سواء داخل المستشفيات أو خارجها .

وفي مجال الطب النفسي كما يقرر ريد (Reid, 1960) ، وكما هو الحال في باقي فروع الطب ، يصمم البحث الوبائي لقياس احتمال مهاجمة أو انتشار اضطرابات معينة لمجتمعات أو مجموعات بذاتها ، وذلك بقصد الكشف عن مؤشرات ومفاتيح تتعلق بنشأة وطراز الانتشار . وتستمد هذه المفاتيح من توزيع المرض وعلاقة ذلك بالوقت والمكان والملاصق المميزة .

إن الهدف الأقصى للمنحى الوبائي هو المساعدة في السيطرة على السبب أو الأسباب الأساسية لنشوء وانتشار المرض أو الاضطراب أو الوباء .

نطاق استخدام المنحى الوبائي في دراسة تعاطي المخدرات

اهتمت منظمة الصحة العالمية منذ وقت مبكر بالتأكيد على أهمية المنحى الوبائي ، في الطب النفسي وتعاطي المخدرات ويمكن للمتابع للتقارير الفنية التي تصدرها المنظمة أن يلمس هذا الاهتمام (Reid, 1960; Woh Rep. No. 526, 1973, RP. No. 577, 1975)

ويحدد التقرير رقم ٥٢٦ لسنة ١٩٧٣ للمنظمة الأبعاد التي يمكن أن يفيد فيها استخدام المنحى الوبائي في دراسة تعاطي المخدرات فيما يلي :

١ - تحديد حالة الانتشار والموت والتوزيع لظروف أو حالة اضطراب في مجتمع محدد .

٢ - تحديد التاريخ الطبيعي للاضطراب .

٣ - للكشف عن علة وطبيعة العوامل المخففة من أو المعجلة بنشأة وانتشار الاضطراب .

٤ - تقدير مخاطرة Risk الجماعة أو الفرد في اتجاه تنمية الاضطراب .

٥ - رسم أسس سياسة أو برنامج أو صياغة برنامج .

٦ - تقدير فاعلية هذه السياسات والبرامج في تحقيق أهدافها المرسومة .

٧ - استخلاص أو تمييز زميلات جديدة New Syndromes .

(Wld. Hlth. Org. Tech. Rep. No. 526 P. 1-12)

وفي التقرير رقم ٥٧٧ لسنة ١٩٧٥ لنفس الجهة ترد الجوانب التالية كأفرع لأوجه العون التي يمكن أن يقدمها استخدام المنحى الوبائي في دراسة احتمالية الاعتماد على المخدر Dependence Liability :

١ - يمكن أن يساعد المنحى الوبائي في تحديد جواهر (أو مواد) (Substances) جديدة تستخدم لغير الغرض الطبي أو زيادة وارتفاع في استخدام جواهر متاحة بالفعل ، ويقود هذا إلى افتراض أن هذه الجواهر تحتاج إلى فحص لدى فاعليتها بالنسبة لاحتمالية الاعتماد .

٢ - يمكن أن يساعد في اختيار صدق التصنيف الفارماكولوجي لمخدر ما باعتباره ذو فاعلية اعتيادية وذلك بتحديد مدى وطبيعة الاستخدام أو التعاطي .

٣ - من الممكن أن يفيد في تحديد أو تمييز ، وربما قياس ، بعض العوامل غير الفارماكولوجية المرتبطة باحتمالية الاعتماد على المخدر .

هذه هي بعض الجوانب التي يمكن أن تمتد إليها المزايا التي تقدمها إمكانات المنحى الوبائي .

ومع ذلك فإنه من الضروري أن نضع في الاعتبار أن تعاطي المخدرات ليس ظاهرة بسيطة ، والحاجة ماسة إلى المزيد من المعلومات عن العديد من أنماط وظروف الاعتماد على المخدرات لدى الجماعات والمجتمعات التي ينتشر

فيها التعاطي بما يؤدي إليه ذلك من آثار ذات علاقة بالفرد والصحة العامة والمشكلات الاجتماعية . وربما كانت إمكانات المنحى الوبائي مما يساعد على توفير بعض هذه المعلومات المطلوبة .

ولكن لما كانت الظاهرة معقدة ومتعددة الأبعاد فقد برزت مجموعة من المصاعب تحد من مزايا استخدام المنحى الوبائي ومن أهم هذه العقبات :

١ - أن تعاطي المخدرات سلوكٌ مُجرَّم بحكم القانون ، ومن ثم فإنه من الصعب التعامل مع المتعاطين أو حتى الوصول إليهم . ويمكن التغلب على هذه الصعوبة ، كما فعلت هيئة بحث تعاطي الحشيش ، باللجوء إلى ضباط الاتصال ممن يثق فيهم المتعاطون ، ويأمنون جانبهم . ويكون دور هؤلاء الأفراد هو همزة الوصل بين الباحث والمتعاطي مع توفير كافة ضمانات الأمان لجميع الأطراف (Soueif, 1976) . من ناحية أخرى فإنه في الدراسات التي تستخدم على نطاق جماهيري في المدارس والمصانع لا يطلب من الأفراد ذكر أسمائهم أو أية بيانات قد تدل على شخصيتهم ، وهذا ما اتبعه البرنامج الدائم لبحث المخدرات في دراساته الوبائية . (Soueif, 1988) .

٢ - أنه في الدراسات السلوكية لظواهر السلوك العادي يلاحظ أحيانا أنه توجد ظروف تحد من حرية المفحوصين في الإدلاء بمعلومات كافية تساعد في فهم وتفسير هذا السلوك العادي وتزداد هذه الظاهرة في دراسة الاضطرابات النفسية ، وتكون في قمته عند دراسة الظروف المتعلقة بتعاطي المخدرات ، تلك الظاهرة ذات الطقوس السرية التي تصل في بعض الأحيان إلى أن تكون شبه مقدسة ، بما يجعل اختراق نطاق هذه الطقوس أمراً محفوفاً بالمصاعب . (هيئة بحث تعاطي الحشيش ، ١٩٦٤ ص ١٨٢ - ١٩٢) .

٣ - أن التعاطي بالإضافة إلى كونه سلوكاً مُجرَّماً قانوناً ، وله طقوس مقدسة عرفاً فهو أيضاً سلوك مؤثم أخلاقياً في كثير من المجتمعات وبالتالي فإن

استخفاء المتعاطين قد يحد من الوصول إلى حصر شامل لهم وللظروف التي تتعلق بانتشار التعاطي .

٤ - ان المتعاطي يسعى إلى المخدر (أصل الداء) على خلاف المصابين باضطرابات أو أمراض الذين يسعون إلى الشفاء والبرء من هذه الاضطرابات والأمراض ، أي أن الدافع لاستمرار الاضطرابات أو الوباء لدى متعاطي المخدرات قائم ومستمر على عكس الدافع لدى المريض بأمراض أو اضطرابات أخرى وهذا العنصر له تأثيره في كفاءة أي أسلوب يحاول الحصول على بيانات تساعد في الكشف عن المتغيرات المفيدة في الحد من انتشار الوباء أو القضاء عليه .

ومن الممكن بل وقد أمكن بالفعل ، التغلب على هذه الصعوبات في الدراسات الوبائية سواء باستخدام ضابط اتصال أو بعدم ذكر الأسماء على النحو الموضح فيما سبق .

أساليب ومناهج المنحنى الوبائي في دراسة تعاطي المخدرات

وربما كانت أهم الأساليب المستخدمة في المنحنى الوبائي هي :

١ - الأسلوب التاريخي : Historical Method

ويعتمد هذا الأسلوب على دراسة ظاهرة حدثت في زمن سابق بكل أبعادها بحيث يمكن الاستفادة من النتائج التي يتوصل إليها الدارسون من دراسة هذه الظاهرة المتعلقة بانتشار وباء أو اضطراب معين من خلال حروب أو مجاعات على نحو ما فعل هايزر (Hecker, 1832; Reid, 1960 P. 15) .

ولكن المشكلات المتعلقة باستخدام هذا الأسلوب تكمن في عدم توافر البيانات الكافية أو عدم دقة هذه البيانات عند توفرها .

٢ - الأسلوب التبعي : Prospective Method

يتم من خلال هذا الأسلوب اختيار مجموعة أو عينة ممثلة للمجتمع في

عمر مبكر سابق على سن بدء التعاطي ، ويتم تتبعها في المستقبل لمعرفة معدل الانحراف في التعاطي بين أفراد هذه المجموعة .

وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب له مزاياه المتعددة والتي ربما من أهمها أن الظاهرة تكون مطروحة أمام البحث بكل متغيراتها وهو يرقبها عن كثب ، إلا أن هناك صعوبات يمكن أن تحد من قيمة هذا الأسلوب من بينها :
أ - صعوبة وضع الأفراد تحت المراقبة المستمرة .

ب - تسرب بعض الأفراد من نطاق ملاحظة الباحث ومتابعته بسبب الهجرة أو الوفاة أو التجنيد .

ج - التكاليف الباهظة والجهد المكثف الذي ينبغي أن يوجهه الباحث لدراسة وهو ذو جهد محدود ، مما يمكن أن يقف في وجه استخدام هذا الأسلوب .

د - أن تعاطي المخدرات ظاهرة مجرّمة قانونيا ومؤثمة أخلاقيا وذات طقوس مقدسة سلوكها ، ومن ثم فإن استخدام المنهج التبعي قد لا يكون مناسباً لاختراق هذه الحواجز .

٣ - الأسلوب الاسترجاعي : Retrospective Method

في نطاق هذا الأسلوب يصل الباحث إلى معلوماته الخاصة ببدء التعاطي أو انتشاره وعوامله . . . الخ عن طريق دراسة مجموعة أو عينة من المتعاطين فعلا ، أي أولئك الذين مروا بالفعل بخبرة التعاطي ، ومن يعيشون بين جماعة من الناس لم يمروا بهذه الخبرة .

وربما كان استخدام الأسلوب الاسترجاعي في الدراسة الويائية لتعاطي المخدرات له أهمية خاصة من حيث تجاوز المصاعب والعقبات التي تواجه الباحث باستخدام الأسلوب التبعي والمذكورة من قبل حيث أن التناول والمعالجة لمتغيرات الظاهرة سوف يكون موجها للخبرة الماضية مما قد يجد من الحرج والخشية لدى المتعاطين .

هذا فضلا عن أن استخدام الأسلوب الاسترجاعي يجعل من الممكن استخدام عينات كبيرة ومجتمعات بالكامل بتكاليف أقل وفي مدى زمني محدود .

ويمكن للدراسة الاسترجاعية أن تعتمد على المصادر التالية في جمع بياناتها :

أ - سجلات وزارة الصحة ووزارة الداخلية ووزارة الشؤون الاجتماعية والقوات المسلحة والتربية والتعليم . . . الخ حيث أن مثل هذه السجلات قد تمدنا ببيانات كافية عن الأفراد الذين يكونون جمهور كل منها . . . ولكن الصعوبة هي أن الأفراد الذين تحفظ عنهم بيانات وافية في سجلات تلك الجهات قد لا يمثلون الجماهير أو الجماعات التي ينتمون إليها ، ومن ثم فإن هناك مخاطرة بالاقصار على بياناتها فقط لاستنتاج نتائج لها قيمتها . يضاف إلى هذا أن مثل هذه السجلات قد لا تتوفر في كثير من الأحيان لسبب أو لآخر ، ومن هنا فإنه يحسن اللجوء إلى مصادر أخرى .

ب - المصدر الثاني هو استخدام استخبارات تصميم خصيصا لدراسة الظاهرة بين جمهور متاح ، ويمكن حينئذ سحب العينة المناسبة أو المتاح استخدامها بيسر وبما يفي باحتياجات الدراسة وفي هذا الصدد يمكن :

١ - استخدام المسح الشامل لكل الجمهور المتاح .

٢ - مسح المنطقة أو الجماعة .

٣ - المسح بالعينة الطبقية .

ولكل أسلوب من هذه الأساليب المسحية مزاياه ومناحي قصوره ، فالمسح الشامل مكلف ومجهد لكنه يحاصر الظاهرة ، أما مسح المنطقة فهو أسرع في الوصول إلى جمهوره ولكن عيبه أنه قد لا يمتد باهتمامه على دراسة عوامل قد توجد في مناطق أخرى ولا توجد في المنطقة المدروسة . أما المسح بالعينة الطبقية فهو يحاول أن يمتد باهتمامه إلى الجمهور الكلي ، ولكن من خلال تقسيم هذا الجمهور إلى مناطق أو طبقات وسحب عينة عشوائية من كل منطقة أو طبقة . وبذلك يتجاوز عيوب المسح الكامل والمسح للمنطقة الواحدة .

وهذا ما لجأت إليه الدراسة المصرية التي سوف نعرض لجوانبها المنهجية في الصفحات التالية واضعين في الاعتبار أن لكل دراسة ظروفها وملابساتها التي قد تجعل القائمين عليها يحاولون الموازنة بين الظروف القائمة وأسس البحث العلمي .

الدراسة الوبائية المصرية لانتشار المخدرات بين طلاب مدينة القاهرة الكبرى

مقدمة تاريخية :

عند بدء تكوين البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات في مصر في سنة ١٩٧٥ ، كانت قد تجمعت لدينا ثروة ضخمة من المعلومات حول بحوث تعاطي الحشيش خاصة والمخدرات عامة ، حيث أن هذا البرنامج يضم معظم أعضاء الهيئة السابقة لبحث تعاطي الحشيش في مصر . (Soueif et al, 1980, 1988) .

وعندما حددت الهيئة الجديدة للبرنامج أهدافها منذ تكوينها كان من بين تلك الأهداف محاولة حصر ظاهرة التعاطي في المجتمع المصري ومحاصرتها باستخدام الأساليب المتاحة بما فيها :

١ - آراء الخبراء والمهتمين بالظاهرة كرجال الشرطة وخاصة منهم العاملون في أقسام مكافحة المخدرات . من ذلك مثلا ما أثير في اجتماع الهيئة رقم ٥٥ في ١٨/١/١٩٧٧ من أحد ضباط الشرطة عن ظهور غط جديد للتعاطي في مصر هو غط تعاطي الحبوب النفسية ذات التأثير المؤدي إلى الاعتقاد .

٢ - اعداد كشاف للتغطية السريعة لحركة الظاهرة يقوم باستيفائه من لديهم القدرة والتيسيرات التي تمكنهم من رصد الظاهرة كرجال الشرطة والأطباء سواء في عياداتهم الخاصة أو في أقسام الاستقبال بالمستشفيات العامة أو المتخصصين الاجتماعيين الذين لهم علاقة بالمتعاطين الخ .

٣ - الدراسة المنهجية الشاملة لظاهرة التعاطي وما يتعلق بها من متغيرات .

ولما كانت الدراسة الوبائية في مفهومها الأساسي دراسة مسحية للوباء أو الانحراف أو الاضطراب ، فقد بات واضحا أن الأساليب المناسبة للدراسة

الوبائية لتعاطي المخدرات في مصر هي نفس أساليب الدراسة المسحية .

وقد بدأ الاعداد لهذه الدراسة اعتبارا من اجتماع يوم ١٩٧٦/٦/٢٢ حيث ناقشت الهيئة الأساسية للبرنامج في البند الثالث من بنود جدول أعمالها في ذلك الاجتماع موضوع اجراء الدراسة الوبائية لتعاطي المخدرات في مصر باعتبارها تمثل واحدا من الأهداف التي حددها البرنامج لنشاطه .

ومتغيرات الدراسة كما تحددت سوف نعرضها فيما يلي من خلال الحديث عن :

أولا : الهدف من الدراسة .

ثانيا : العينة .

ثالثا : الأداة .

رابعا : باحثي الميدان .

خامسا : جمع المادة واعدادها للمعالجة الإحصائية .

سادسا : نتائج الدراسة .

هدف الدراسة الوبائية :

تهدف الدراسة إلى الإجابة عن السؤالين الرئيسيين التاليين :

- ١ - ما هو توزيع تعاطي المخدرات بين الفئات المختلفة من قطاع الطلاب كما يتحدد من خلال : مستوى الدراسة والعمر والأحياء السكنية ؟ .
- ٢ - ما هي العوامل المرتبطة بتعاطي هذه المواد المخدرة ؟ .

وكما وضع فإن السؤال الرئيسي الأول يحدد مشكلة الدراسة الوبائية لتعاطي المخدرات بين الطلاب المصريين من حيث بدء توزيع التعاطي بين الفئات المختلفة للطلاب والذين يمثلون :

أ - مستوى الدراسة ونوعها .

ب - العمر .

ج - الأحياء السكنية التي ينتمي إليها هؤلاء الطلاب .

وأية متغيرات أخرى يمكن أن تفيد في الكشف عن طبيعة توزيع الظاهرة واستمراريتها .

أما السؤال الرئيسي الثاني فهو يتعلق بالعوامل المرتبطة بالتعاطي سواء كانت هذه العوامل خاصة بالطالب نفسه أو بأسرته أو بالمدرسة التي ينتمي إليها أو بظروف التعاطي ومعرفة بها ورأيه واتجاهه نحو التعاطي أو التوقف أو الامتناع عنه ... الخ .

العينة :

استقر الرأي على البدء بقطاع الطلاب ، وقد رؤي تقسيمهم إلى قطاعات فرعية تشمل

أ - طلاب الثانوي العام .

ب - طلاب الثانوي الفني .

ج - طلاب الجامعات والمعاهد العليا .

ولما كان كل قطاع فرعي يضم البنين والبنات فقد رؤي البدء بالبنين في كل قطاع على أن يمتد نشاط الهيئة فيما بعد لقطاعات الإناث ...

وهناك عدة أسباب كامنة ، وراء هذا القرار منها :

- ١ - أنه لا داعي للبدء بقطاعات قد لا تكون الظاهرة ذات حجم له وزنه بها .
- ٢ - أن البدء بقطاع الطلاب الذكور قد يجد من التسهيلات ما يجعل بإتمامه في وقت ملائم وبصورة ترضي أهداف وخطط البرنامج الدائم .
- ٣ - مرور آخر للبدء بتلاميذ المدارس الثانوي هو أنه قد تبين من معظم البحوث التي تناولت بداية التعاطي أنه يمتد لدى ٤٧٪ على الأقل دون سن العشرين .

٤ - اتضح أن كمية التدمير والضرر والاضطراب السلوكي الناتجة عن التعاطي تكون أعمق لدى المتعلمين الذين يبدأون التعاطي مبكرا .

(انظر : Soueif et al, 1967, 1971, 1976)

وكانت نقطة البداية هي تحديد حجم هؤلاء الطلاب واختيار نسبة معقولة من بينهم موزعة على صفوف فصول الدراسة المختلفة ، وفي نفس الوقت تنتمي إلى كل أحياء القاهرة الكبرى ، أي أنها دراسة مسحية تستخدم المسح بالعينة الطبقية .

وفعلا تم الاستقرار على سحب ٧٪ من طلاب القاهرة الكبرى وقد وصل العدد المختار الى حوالي ٦ آلاف طالب ممثلين للسنوات الدراسية التالية لكل مدرسة :

- أ - السنة الأولى الثانوية .
- ب - السنة الثانية (أدبي) .
- ج - السنة الثانية (علمي) .
- د - السنة الثالثة (أدبي) .
- هـ - السنة الثالثة (علوم) .
- و - السنة الثالثة (رياضة) .

وقد تم استخدام عينات أخرى بعد ذلك من المدارس الثانوية الفنية ومن الجامعات الواقعة بدائرة مدينة القاهرة الكبرى . (Soueif et al, 1988) .
وقد اختيرت المدارس والجامعات بحيث تمثل كل المناطق التعليمية والقطاعات السكنية بمدينة القاهرة الكبرى ، وبذلك ضمت تلاميذ ينتمون إلى محافظات القاهرة والجيزة والقليوبية موزعين على أحياء وأقسام ومراكز تلك المحافظات .

وقد حاولت هيئة البحث أن تكون نسبة السبعة في المائة متحققة على مستوى كل مجموعة صغيرة والتي وصلت إلى حد تمثيل نسبة لكل الفصول الدراسية كلها أمكن ذلك ، وهو ما يتسق مع ما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية (تقرير ٥٢٦ لسنة ١٩٧٣ ص ٢٢) من ضرورة أن تشبه العينة (الجزء) الجمهور الأصلي (الكل) .

(Wld. Hlth. Org. Rep. No. 526 P. 22)

وقد يكون من اللازم التأكيد هنا مرة أخرى على أن المسح بالعينة ليس خروجاً على مقتضيات منطق الدراسة الابداعية ، شريطة أن تكون العينة مسحت بدقة ، وهذا ما حرصت عليه هيئة البحث فعلا .

ثالثاً : الأداة

عقدت عدة اجتماعات خصصت لتكوين وبناء الأداة والتي اتفق على أن تكون عبارة عن اختبار يضم مجموعة من الأسئلة تحقق أهداف الدراسة ،

وقد نما الاستخبار على مدى الاجتماعات التي عقدتها هيئة البرنامج ، بل ومن خلال الدراسات المبدئية التي قامت بها الهيئة لاختبار كفاءة الصياغات المتعاقبة التي أعدتها له ودون الدخول في تفاصيل نحو هذه الأداة ، نعرض فيما يلي لعناصر الصياغة النهائية التي استقر الرأي على استخدامها .

يتكون الاستخبار من ٨٣ سؤالاً تغطي الجوانب التالية :

(أ) بيانات شخصية عن تاريخ الدراسة والعمر والديانة وطبيعة الدراسة الحالية والسكن وبيانات عن الأسرة من حيث الحجم والتعليم والدخل والحياة والموت ومصروف الطالب والسكن والحالة الصحية للطلاب بدنية ونفسية والهوايات والنشاطات الاجتماعية وتدخين السجائر ، ويضم هذا الجزء ٢٢ سؤالاً .

(ب) الجزء الثاني من الأسئلة ويضم ٢٣ سؤالاً عن الأدوية (المهدئة والمنشطة والنومة) وفيه يسأل الطالب أسئلة متصلة معها ورأيه فيها ومعارفه من الذين يتعاطونها وأنواع ما يتعاطون وأقاربه الذين يتعاطونها ورأيه الشخصي في هذه الأدوية ، ومدى علاقتها بها (مجرد سماع أو رؤية أو مجرد تجربة ، أو تعاطي منظم ، أو استمرار في التعاطي ... الخ) .

(ج) الجزء الثالث ويضم ١٨ سؤالاً عن المخدرات (الحشيش والأفيون .. الخ) تتعرض لنفس ما تعرض له الجزء السابق من متغيرات بنفس التسلسل والصياغة .

(د) الجزء الرابع ويضم ١٨ سؤالاً عن الكحوليات ولا يختلف في طبيعته أو سياقه عن الجزئين ب ، ج الموجهين لتعاطي الأدوية والمخدرات .

ثم تختم الاستشارة بسؤالين : أولهما عما إذا كان للمفحوص أي تعليق على هذه الأسئلة ، فإن وجد هذا التعليق فعليه أن يذكره . والسؤال الثاني يسأل فيه الطالب عما إذا كان يوافق على إجراء دراسة متعمقة تستخدم أدوات أخرى ؟ فإذا وافق يطلب منه ذكر اسمه لإمكان الاتصال به ، علماً بأن قرار الهيئة الأساسي كان هو جمع البيانات دون الحصول على أسماء الطلاب لضمان الصراحة والحرية وعدم الحجل أو الإحراج .

وقد قامت الهيئة بدراسة استطلاعية للكشف عن المصاعب والعقبات

المتعلقة بالصياغة أو بالتطبيق مما أدى إلى مزيد من الصقل للاستخبار ، وإلى ترشيح نُظُم الهيئة في الدراسة الأساسية التي تم صدور خمسة تقارير علمية عنها ، صدرت أربعة منها بعد ذلك في مجلد واحد (Soueif et al, 1988) متضمنا النتائج التي توصلت إليها الدراسة حول بدء واستمرار تعاطي المخدرات المختلفة بين طلاب المدارس الثانوية بالقاهرة الكبرى ، وبين طلاب الجامعة في مصر .

تقنين أداة البحث في الدراسة الوبائية :

إن أية أداة تستخدم بدون تقنين لا يمكن الوثوق بها من حيث ما تسلم إليه من النتائج وقد نهت منظمة الصحة العالمية إلى ذلك في إحدى نشراتها العلمية الى أهمية التقنين بالنسبة للأدوات التي تستخدم في الدراسات الوبائية لتعاطي المخدرات (Ibid, P. 19) . وعلى طريق التقنين للاستخبار اتبعت الهيئة الإجراءات التالية

الثبات Reliability

تم استخدام طريقة إعادة التطبيق لحساب ثبات بنود الاستخبار بندا بندا . ولما كان قرار الهيئة هو الحصول على البيانات دون استخدام أساء أصحابها فقد توصلت الهيئة الى أسلوب يضمن إعادة التطبيق والتعرف على كل طالب دون أن يدرك الطالب ذلك ودون أن يخجل هذا الإجراء أيضا بسرية المعلومات ومسرية شخصيات أصحابها . . وكان الأسلوب يتلخص في أن يحرص كل طالب على أن يجلس في مكانه خلال مرقي التطبيق ، وقد تم ضمان ذلك بجلوس الطلبة وفقا لترتيب ورود أسمائهم في كشف الدراسة . وبذلك أمكن استخدام أسلوب إعادة التطبيق لحساب ثبات الاستخبار .

ومن التحليلات المتوفرة في الوقت الحالي يتضح أن الاستخبار على درجة عالية من الثبات بطريقة إعادة التطبيق وهو ما توضحه النسب المثوية التالية :

١- في ٨٠٪ من الأسئلة تتراوح نسب الاتفاق بين مرقي التطبيق بين ٦٧٪ ، ١٠٠٪ بقيمة متوالية قدرها ٩٣٪ (ن = ٢٤١) .

٢ - ٢٠٪ من الأسئلة تتراوح معاملات ارتباطها بين ٠,٧٠ ، ١,٠٠ بمعامل ارتباط متوالي قدره ٨٥ر* (ن=٢٤١) .

الصدق باستخدام الاتساق الداخلي : Internal Consistency .

الأدوات التي من قبيل الاستخبار الحالي تواجه مصاعب في حساب صدقها ، ولكن مع ذلك كان من الممكن الكشف عن الاتساق الداخلي لهذا الاستخبار وتمحور النتائج حول محاور ذات معنى .

من قبيل ذلك : ان مجموعة السنة الأولى (٣) أدبي تشكل أكبر نسبة من المدخنين (سؤال رقم ٢٠) (أكبر من كل طلاب السنة الأولى والسنة الثانية بقسميها والسنة الثالثة علوم ورياضة) وتتسق هذه النتيجة مع إجابات الطلاب في الأسئلة المتعلقة بتعاطي المخدرات والكحوليات (س ٢٤) (عن المعارف الذين يتعاطون) و (س ٤٤) عن استمرار الطالب في تعاطي المخدرات وس ٥٦ ، وس ٦٢ ، والأسئلة ٦٣ ، ٧١ ، ٧٤ ، ٧٩ من الاستخبار ، وهي تسأل أساسا عن الأقارب والمعارف الذين يتعاطون ، وعن خبرته في التعاطي وما إذا كان مستمرا ، وكل الأسئلة توضح نقطة هامة أساسية وهي أن طلاب القسم الأدبي (السنة الثالثة خصيصا) تقع بينهم أكبر نسبة من المتعاطين أو الذين يقتربون التعاطي من خلال محور يمتد عبر أسئلة الاستشارة (فيما عدا الأسئلة المتعلقة بالأدوية ذات التأثير النفسي) .

وتلتقي هذه النتيجة مع النتائج التي توصل إليها في كندا سبارت وزملاؤه (Smart et al. 1971) . ومع توقع أن تكون النتائج لها هذا الاتجاه للطبيعة الخاصة للاتجاهات والميول والخصائص الشخصية لطلاب الفنون والآداب فإنه من الممكن الاقتناع مبدئيا بصدق الأداة .

باحثو الميدان وإعدادهم :

ان اجراء أي بحث يعتمد إلى حد بعيد على كفاءة الباحثين الذين يتولون جمع البيانات الميدانية وقد وضعت هيئة البحث عدة اشتراطات ينبغي توفرها في الباحث الميداني اعتمادا على ما للهيئة من خبرة سابقة والتزاما بالقواعد المنهجية في

إجراء مثل هذه البحوث ، وكان من أهم الاشتراطات :

أ - الحصول على مؤهل في مجال الدراسات السلوكية .

ب - يفضل أن تكون له خبرة سابقة في مجال البحوث الميدانية .

ج - أن يكون من المشهود لهم بالدقة والأمانة والقدرة على التحمل .

وقد كان ١٧ باحثاً من مجموع الباحثين الميدانيين وقدرهم ١٩ باحثاً ممن شاركوا في بحوث سابقة ومن المشهود لهم بالكفاءة أما الباحثان الآخران فلم يكن سبق لهما الاشتراك في مثل هذه البحوث ، ولكن كانت توجد تقارير جيدة عن كفاءتهما الأكاديمية واستعدادهما للتعاون وبذل الجهد ، وبالفعل شارك الباحثان واتضح من المتابعة لانجازاتها أنها على مستوى المسؤولية التي تحملاها بكفاءة .

أما من حيث المؤهلات العلمية للباحثين فقد كانت على النحو التالي :

أ - ١٠ من الحاصلين على ليسانس في علم النفس .

ب - ٥ من الحاصلين على ليسانس الاجتاع .

ج - ٤ من الحاصلين على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية .

أما من حيث السن فقد تراوح بين ٢٣ ، ٤١ سنة ومتوسط أعمار قدره ٣٣٫٨ سنة مدى قدره (١٩) .

ومن حيث تدريب هؤلاء الباحثين فقد مضى وفقاً لما يلي :

١ - تم اجتاع مبدئي معهم طرحت لهم فيه فكرة عن تاريخ الهيئة ونشاطاتها السابقة في مجال دراسة تعاطي المخدرات .

٢ - قدمت لهم الأفكار العلمية المتعلقة بشخصية وسلوك المتعاطين .

٣ - قدمت لهم أيضاً فكرة عن البحث الحالي ومتغيراته ونوع العينة التي سوف يتعاملون معها والمشكلات التي قد تطرأ في سياق العمل الميداني .

٤ - بعد ذلك وزعت عليهم نسخ من الاستخبار ، وتمت قراءته معهم بندا بندا كما تم الاستماع لملاحظاتهم وتقديم التوجيهات والإيضاحات التي ترد على تساؤلاتهم والتي قد تفيدهم عند تطبيق الاستخبار .

٥ - ثم قدمت للباحثين تعليقات تمهيدية مكتوبة وطلب منهم ان يحاولوا

- استيعابها جيدا ويا حبذا لو قاموا بحفظها ، وذلك لاستخدامها كمقدمة لعملية الاتصال مع التلاميذ الذين سوف تجرى عليهم الدراسة .
- ٦ - قدمت إليهم أيضا خبرة أعضاء الهيئة في الدراسة الاستطلاعية كي يفيدوا منها عند تعرضهم لمواقف مماثلة ، وكانت خاصة بالرد على الاستفسارات ومراجعة البيانات وضبط موقف التطبيق والتصرف مع الطلاب المشككين ، والتعامل مع سلطات المدارس ومدرسيها ... الخ .
- ٧ - بعد ذلك تم تقديم بيان عملي لهم قام به أحد أعضاء الهيئة ، وتم الاستماع إلى آرائهم مرة أخرى لمزيد من الفهم المتبادل وتبادل الخبرة .
- وبعد أن اطمأنت الهيئة إلى كفاءة الباحثين واستيعابهم الكامل لأسلوب التطبيق ومتغيراته اتخذ قرار البدء في جمع البيانات من المدارس .

العمل الميداني

كسب ثقة وتعاون الجهات ذات السلطة جزء مهم من إنجاح أي بحث يتعامل مع تجمعات كبيرة لها ظروف عمل أو دراسة أو نشاط منظم . . ومن ثم فقد رأت الهيئة أن الطريق الطبيعي هو توجيه كتاب إلى وكالات ووزارة التربية بمحافظات القاهرة والجيزة والقليوبية ، يتضمن فكرة عن الدراسة وأهميتها للوطن وللشباب الذين هم عدة المستقبل ... الخ ، وطلب إلى تلك الجهات تيسير مهمة الباحثين .

وقد كانت كل الجهات التي تعاملت معها الهيئة بدءا من وكلاء الوزارة إلى نظار المدارس والمعلمين على مستوى من الفهم والتعاون بحيث أمكن للهيئة أن تجمع المادة الميدانية كلها خلال شهر واحد استمر من ١١ مارس إلى ١٠ أبريل ١٩٧٨ .

وقد كانت هناك متابعة ميدانية يومية من أعضاء الهيئة الأساسية للبحث ، كما كانت تتم مراجعة ميدانية لاستجابات الطلاب بما كفل درجة من دقة الإنجاز لما هو مطلوب ، سواء من باحثي الميدان أو من الطلاب أنفسهم .

وفي نفس الوقت كانت السكرتارية الفنية للبحث تقوم بالمراجعة المكتبية

اليومية لما يتم تطبيقه من استخبارات ، وإعداد الملاحظات التي ترى أهميتها لمذ الباحثين الميدانيين بها لوضعها في الاعتبار في التطبيقات التالية .

نتائج الدراسة الوبائية

صدر عن البرنامج الدائم لبحوث المخدرات بمصر عدد من التقارير . وتشير النتائج التي أسفرت عنها دراسات هذا البرنامج (وهذه النتائج خاصة بتعاطي المخدرات) إلى أن حجم الظاهرة أخذ في الإزدياد ، خاصة في أوساط الشباب من طلبة وطالبات المدارس والجامعات .

وفي دراسة مستقلة قام بها الباحث عن انتشار المخدرات بين طلاب الجامعة في مصر ، اتضح أن حوالي ١٦٪ من بين الطلبة (الذكور) ينخرطون في سلوك التعاطي في مقابل ٩٪ من الطالبات (حنورة ، ١٩٨٦) . أما بالنسبة لطلاب المدارس الثانوية فقد تراوحت ما بين ٤٦٨٪ بالنسبة للمنومات إلى ٤٣٣٪ بالنسبة للبيرة مروراً بنسب أخرى ١٠٦٢٪ للمخدرات الطبيعية و ١٣٪ للخمور . (Soueif et al, 1982, 1988) .

وتشير نتائج الدراسات المتابعة الى أن النسبة تزايدت مع التقدم في السن ، هذا فضلاً عما أشارت إليه الدراسات المبكرة ، عن سلوك تعاطي الحشيش ، من أن الذين يبدأون في التعاطي قبل سن السادسة عشرة غالباً ما يستمرون ويتدعم لديهم هذا السلوك في الأعمار التالية (هيئة بحث تعاطي الحشيش ، التقرير الثاني ١٩٦٤) .

والنسب المشار إليها من قبل ليست بالهزيلة ، خاصة إذا ما وضع في الاعتبار أن الأمر يمضي من سيء الى أسوأ ، فيما يتعلق بتضخم حجم الظاهرة .

وإذا كنا قد توقفنا عند الدراسة الوبائية بالعرض ، فذلك لأنها نموذج متقدم لما ينبغي أن يكون عليه المنهج العلمي في تناول ظاهرة تعاطي المخدرات وهو الأمر الذي أخذنا به في الدراسة الحالية في الجزء الأول منها الخاص بديناميات سلوك تعاطي المخدرات والكحوليات .

أما متغيرات الدراسة الأخرى التي رؤي دراستها وهي متغيرات اجتماعية

ومزاجية ومعرفية فقد ألهمتنا بالكثير من توجهاتنا المنهجية التي نمت لدينا من خلال عملنا في البرنامج المشار إليه وفي دراسات أخرى متعددة ومن أبرز تلك الدراسات التي شاركنا فيها في بعض المراحل ، دراسة ظاهرة تعاطي الحشيش في مصر والدراسة الوبائية عن تعاطي المخدرات بين طلاب الجامعة والمدارس الثانوية بمصر . (لمزيد من التفصيل انظر : حنورة ، ١٩٨٦ هيئة بحث تعاطي الحشيش في مصر ١٩٦٠ ، وأيضاً Soueif et al, 1980, 1988) .

الفصل السادس

الدراسة الحالية ومنهجها المشكلة والعينة والأدوات والتطبيق والتحليلات الاحصائية

المشكلة

مشكلة الدراسة الحالية هي محاولة الكشف عن ديناميات عملية التعاطي بداية من التعرض لها ثم دوافع البدء ودوافع الاستمرار وما يتعلق بالتعاطي من متغيرات ، والاتجاه نحو التعاطي وأضراره ، ومصادر التمييز بالمخدرات ... الخ .

يلي ذلك الاهتمام بالكشف عن خصائص المتعاطين مقارنة بغير المتعاطين ، سواء كانت هذه الخصائص عبارة عن استعدادات للتعاطي أو نتائج مترتبة على التعاطي .

ومن ثم فإن الأسئلة المطروحة والتي يتضمنها الاستخبار المرفق (ملحق ١) تعبر بشكل دقيق عن مشكلة الدراسة من حيث دينامياتها ، أما المقاييس الموضوعية (سلوك حركي ومعرفي ووجداني) فإنها تعبر عن المشكلة من زاوية أخرى : وهي هل توجد فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين لأنواع مختلفة من المخدرات في الأداء على المقاييس النفسية (معرفية وحركية ومزاجية) ؟

والواقع أن الفرض الذي سنطرحه مؤقتا للإجابة عن السؤال الأخير عبارة عن فرض صفري Null Hypothesis مؤداه أنه لا توجد فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين ولا بين المتعاطين لأنواع مختلفة من المخدرات . وذلك انتظارا لما سوف تسفر عنه نتائج الدراسة بصرف النظر عن اقتناعنا بوجود تلك الفروق

وذلك تأسيسا على ما هو متوفر تحت أيدينا من دراسات . (هيئة بحث تعاطي
الحشيش ١٩٦٤ ، حنورة ، ١٩٨٦ ، مرسي ، ١٩٧٩ ، ص ٣١١ ، Soueif
et al, 1980, 1988) .

عينة الدراسة

الواقع أن الدراسة الحالية قد شملت عددا من العينات لأننا حاولنا في
البداية أن نستكشف المجال من خلال عدد من الدراسات الاستطلاعية ، وقد
بدأنا بالتطبيق على مجموعات صغيرة ما بين ٣٠ ، ٤٠ حالة (من متعاطي
الكحول والحشيش والمواد الأخرى) وذلك لتجربة أدواتنا وللوقوف على بعض
المشكلات الخاصة بالتطبيق ، وعندما تكشفت الأمور بشكل مناسب بعد اعداد
الأدوات وتجريبها بدأنا في النزول إلى الميدان معتمدين على مصادر خاصة
للوصول إلى المتعاطين .

وقد تم التطبيق على العينة الرئيسية (حوالي ٦٠٠ متعاط استبعدت منهم
أعداد كبيرة لأسباب متنوعة أهمها عدم إكمال البيانات أو عدم الأمانة أو عدم
الجدية) من يناير ١٩٨٦ وحتى يونيو ١٩٨٧ وذلك في الجهات التي تتوفر فيها
أعداد من المتعاطين مثل السجن المركزي الكويتي ، ومستشفى الطب النفسي
ومنافذ أخرى أمكن الوصول إليها ، وذلك بعد استئذان الجهات المختصة في
دولة الكويت (وزارة الصحة ووزارة الداخلية) . وكان جميع المتعاطين ممن
يتعاطون بصفة منتظمة (معظمهم يتعاطى كل يوم) ، كذلك تم اختيار مجموعة
ضابطة من غير المتعاطين الكويتيين الذكور وعددهم ١٥٠ شخصا مكافئين
للمجموعات التجريبية في البيانات الأولية .

وتقدم الجداول الثلاثة التالية وصفا للمجموعات المختلفة من حيث العدد
والسن والتعليم . وقد كانوا جميعا من الذكور الكويتيين (ولقد تم استبعاد
حوالي ٥٠ متعاطيا من غير الكويتيين بعد التطبيق حرصا على نقاء العينة التي
تمحدت منذ البداية في خطة الدراسة بأنها قاصرة على المواطنين الكويتيين) ومن
تراوحت أعمارهم بين ٢٠ سنة و٥٨ سنة . وقد تم تقسيمهم إلى ٧ مجموعات

منها مجموعة ضابطة (غير متعاطين) و ٦ مجموعات من المتعاطين للكحوليات والحشيش والأفيون والحبوب (حسب ما توضحه الجداول المرفقة وما سوف يرد عند عرض النتائج) .

جدول رقم (٦)
بيانات الإحصاء الوصفي للمتغيرات
داخل المجموعات السبعة*

رقم المجموعة	بيانات المجموعة	العدد (ن)
١	الضابطة وتضم المجموعة رقم ١ ورقم ٢ (المدخنين وغير المدخنين)	١٥٤
٢	الكحوليات	٥١
٣	الحشيش	٣٥
٤	الكحوليات - الحشيش	٢٣
٥	كحول - حشيش - حبوب - أفيون	١٦
٦	كحول - حشيش - حبوب	٢٧
٧	كحول - حشيش - أفيون	٤٣

(*) ومن الجدير بالذكر أنه حدث تغير بحيث أصبحت مجموعة الكحوليات هي المجموعة رقم (٢) بدلاً أن تكون المجموعة رقم (٣) وإن كان يشار إليها على أنها المجموعة رقم ٣ (مع إزاحة ترتيب باقي المجموعات) عندها يكون العدد الإجمالي هو ٨ مجموعات أما إذا كان ٧ مجموعات فيكون ترتيب الكحوليات هو ٢ وليس ٣ .

كذلك فإنه قد تم إهمال بعض الاستجابات الخاصة بصعوبة تصنيفهم كما تم إهمال إجابات ١٤ شخصاً من متعاطي المخدرات والكحوليات والذين لا يدخنون حيث أن جميع المتعاطين الآخرين من المدخنين .

جدول رقم (٧)
العمر

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٢٨,٨٣٣	٦,٦٦٨	١,٤٥٨
٢	٣٠,٧٤٥	٨,٥٥١	٠,٥٦٥
٣	٣٢,٦٤٧	٩,٠٣٢	٠,٨١٩
٤	٣١,٣٩١	٧,٦٦٢	٢,٤٨٤
٥	٢٩,٠٠٠	٤,٩٤٠	٠,١١٤
٦	٢٩,١٤٨	٤,٦١٤	٠,١٧١-
٧	٢٩,٥٨١	٥,٥٧٧	٠,٧٤٧

يعرض هذا الجدول بيانات التعليم الذي وضعنا له ٦ فئات هي :

- ١ - أمي
- ٢ - يقرأ ويكتب
- ٣ - ابتدائي
- ٤ - متوسط
- ٥ - ثانوي
- ٦ - عالي

ويتضح من نتائج التحليلات الإحصائية التي عرضها هذا الجدول أن
تعليم جميع أفراد العينة يدور حول الفئة رقم ٤ (أي تعليم متوسط) ما عدا
المجموعة الضابطة فإن تعليمها يدور حول الفئة رقم (٥) أي تعليم ثانوي .

جدول رقم (٨)
التعليم

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٥,٠١٣	٠,٩١٩	٠,٦٥٧-
٢	٤,١٩٦	١,١٣٢	٠,٩٢٠-
٣	٤,٧١٤	١,٢٢٦	١,٢٤٠-
٤	٤,٦٩٦	١,٢٢٢	١,١٥٤-
٥	٤,٢٥٠	٠,٦٨٣	٠,٣٥٨-
٦	٤,١٤٨	١,٦٨٠	٠,٦٧٢-
٧	٤,٣٧٢	٠,٨٧٤	٠,٥٩٩-

يتضح من نتائج التحليلات الإحصائية لبيانات العمر أن متوسط الأعمار يدور حول ٢٨ ، ٢٩ ، ٣٠ سنة . ومن نافلة القول أن هذه المتوسطات تبرز أن المتعاطين في أوج شبابهم وأن انخراطهم في تعاطي المخدرات في هذه الأعمار له نتائج غير عادية بالنسبة لكفاءة سلوكهم كما سوف يتضح فيما بعد .

أدوات الدراسة

لما كانت الدراسة تبحث عن العلاقة بين تعاطي المخدرات والكحوليات وبعض الخصائص النفسية ، فقد رؤي أن نختار هذه الخصائص بحيث تمثل أهم الخصائص التي تشكل محاور أساسية في السلوك الإنساني ، وقد كان واضحاً من البداية في تقريرنا أن أهم المحاور هي المحاور التالية :

- أ - المحور الاجتماعي .
- ب - المحور الحركي .
- ج - المحور المعرفي .
- د - المحور الوجداني .

والمحاور المذكورة من قبل هي المحاور التي تأكد لنا بعد دراسات متعددة أنها تشكل فيما بينها تكاملا على درجة كبيرة من المصادقية والثبات .

من هنا جاء اختيارنا للمقاييس المستخدمة لكي يكون معبرا بشكل دقيق عن هذه الأبعاد التي تضم استبارا صمم خصيصا لهذه الدراسة ، كما تضم مقاييس للسلوك الحركي وأخرى للسلوك المعرفي كالادراك والتذكر ومقاييس للشخصية وما يرتبط بها من متغيرات . وسوف نتناول بالعرض كل فئة من فئات هذه المقاييس قبل عرض النتائج .

الاستبار Interview*

لتغطية المحور الاجتماعي وديناميات سلوك التعاطي تم اعداد استبار (استبانة) تتضمن الاستقصاء عن عدد من الجوانب مثل بيانات عن العمر والتعليم والحالة الاجتماعية والجنس والجنسية ... الخ . ثم بعد ذلك أسئلة تمهيدية عما إذا كان يمارس التدخين وتعاطي المخدرات وتاريخ البدء والكمية ثم عن الظروف الاجتماعية للتعاطي مثل وجود أقارب أو زملاء وبيانات عن دوافع التعاطي والتوقف والعودة والاستمرار وأسباب كل منها ونتائج التعاطي ... الخ .

كذلك تم توجيه أسئلة عن اتجاهات المفحوص نحو التعاطي ونحو المكافحة ومصادر الحصول على المخدرات .

وقد كان الاستبار يتضمن أسئلة يمكن توجيهها للمتعاطي وغير المتعاطي ، وقد كان وضع هذه الأسئلة مقصود به امكان توجيهها إلى مجموعة ضابطة من غير المتعاطين وهو ما حدث بالفعل .

وقد تم اتخاذ الإجراء اللازم لضمان وضوح ودقة الأسئلة وملاءمتها

(*) سيتم استخدام لفظ استبار واستبانة بالتبادل وذلك لأنه لفظ استبار تم شيوعه كأداة تستخدم لجمع معلومات في موقف مواجهة (انظر مصطفى سوف ١٩٦٥ مقدمة لعلم النفس الاجتماعي الباب الرابع) أما لفظ استبانة فقد شاع استخدامه للدلالة على نفس الأداة في المجتمع الكويتي .

للتطبيق على عينة الدراسة من تجريبية وضابطة .

والجدير بالذكر أن إعداد الأداة لم يأت من الفراغ بل استفاد من خبرة الباحث خلال عمله كعضو هيئة بحث تعاطي الحشيش بمصر وعضويته للهيئة الأساسية للبرنامج الدائم لبحوث المخدرات بمصر (بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية) .

وقد جاءت الاستفادة الأساسية من الاستبصار بالأدوات التي استخدمت في الدراسات المصرية ، ومن هنا فإن بنود الاستخبار قد استفادت من حيث المضمون بأدوات ونتائج الدراسات المصرية . (هيئة بحث تعاطي الحشيش المضمون بأدوات ونتائج الدراسات المصرية . (Soueif et al, 1988 ، ١٩٦٠) .

كذلك فقد تم الاستفادة من آراء المتخصصين من الزملاء في مجال القياس النفسي والدراسات النفسية والاجتماعية والتربوية بجامعة الكويت ، حيث تمت مناقشة الاستخبار وبنوده مع عدد كبير من الزملاء العاملين في حقل البحوث النفسية .

تم بعد ذلك استخدام الأداة في عدد من الدراسات الاستكشافية تحت إشراف الباحث لتجربة البنود من حيث الوضوح والصدق والثبات . وهو الأمر الذي تمكنا من خلاله من تطوير الأداة حتى وصلت إلى صيغة ملائمة تمت مناقشتها بعد ذلك مع مستشار الحاسب الآلي الذي تولى مهمة تنفيذ خطة التحليلات الإحصائية وبناء على تلك المناقشات تمت صياغة البنود وفئات الإجابة بما يسمح بالمعالجة الإحصائية المناسبة ، وقد تم الحصول على درجات للثبات لبنود الاستشارة (الاستبار) بطريقة إعادة التطبيق وهو ما نعرضه قرين كل سؤال (انظر الملحق رقم ٢ ص ١٩٣) .

وقد قمنا كذلك بحساب الثبات بطريقة ألفا وبطريقة القسمة النصفية للسؤالين ١٩ ، ٢٠ وهما يتضمنان عددا كبيرا من الأسئلة الفرعية وفيما يلي بيان بدرجات الثبات لهذين السؤالين ، وذلك من واقع نتائج الدراسة على المجموعة الكلية وبعض المجموعات الفرعية الأخرى .

جدول رقم (٩)
معاملات ثبات السّؤالين ١٩ ، ٢٠ من الاستبّار (Interview)
على مجموعات مختلفة

معاملات الثبات	المتغيرات / المجموعات	سؤال ١٩	سؤال ٢٠
ألفا	الكلية (٣٩٠)	٨٤	٨٥
	الضابطة (١٥٠)	٨٥	٨٥
	كحول (٥١)	٧٧	٧٧
	حشيش (٣٥)	٨٨	٨٣
سيرمان براون	الكلية (٣٩٠)	٨٢	٨٣
	الضابطة (١٥٠)	٨٤	٧٧
	كحول (٥١)	٦٩	٧٨
	حشيش (٣٥)	٨٥	٧٢
جُتمان	الكلية (٣٩٠)	٨٢	٨٣
	الضابطة (١٥٠)	٨٠	٧٦
	كحول (٥١)	٦٩	٧٧
	حشيش (٣٥)	٨٤	٧١

ويتضح من نتائج الثبات الخاصة بالاستبّار أنه على درجة مقبولة من الاتساق ، وهو ما يسمح لنا باستخدامه في الدراسة الحالية .

المقاييس الموضوعية Objective tests

تم في هذه الدراسة استخدام بطارية من المقاييس النفسية تقيس الجوانب التالية :

أ - السلوك النفسي الحركي وهو الخاص بالسرعة ودقة الأداء بواسطة اليد باستخدام الأصابع مع اشتراك الإدراك البصري بشكل متآزر مع الأداء الحركي .

والمقاييس التي استخدمت هي مقياسان من بطارية الاستعدادات العامة G A T B هما مقياس التفتيط (. . .) أي وضع ثلاث نقاط في مستطيل على مدى ثلاثين ثانية ومقياس التخطيط أي وضع خط تحت خطين في مربع على مدى ثلاثين ثانية أيضا والدرجة هي عدد المحاولات الصحيحة .

كذلك استُخدم مقياس بندر جشطلت للنسخ والتذكر وهو مقياس يقيس وظائف معرفية من قبيل الإنتباه والإدراك والتذكر كما يقيس دقة الأداء الحركي . وتشير الدراسات الإكلينيكية إلى أنه ذو كفاءة عالية في تشخيص بعض الاضطرابات العضوية في المخ .

وقد أثبتت تلك المقاييس كفاءة عالية في التمييز الإكلينيكي كما كانت على درجة عالية من الحساسية لإبراز الفروق بين متعاطي المخدرات وغير المتعاطين . (Soueif et al., 1980; PP. 90-109)

مقاييس السلوك المعرفي

تم استخدام مقياس السعة الرقمية Digit Span من اختبار وكسلر لذكاء الراشدين لقياس الذاكرة ، وقد تم اشتقاق ثلاثة مقاييس من هذا المقياس هي الذاكرة الأمامية والذاكرة العكسية والذاكرة الكلية ، وهي من المقاييس التي استخدمت في الدراسة المصرية لتعاطي الحشيش وكشفت أيضا عن كفاءة عالية في التمييز (Ibid) .

هذا بالإضافة الى مقياس بندر جشطلت المشار إليه من قبل ويضم مقاييسين كما ذكرنا للإدراك المباشر (النسخ) وللتذكر ، بالإضافة إلى أنه مقياس للأداء الحركي وتشخيص التلف العضوي في المخ .

هذا بالإضافة إلى مقياس تم إعداده خصيصا لهذه الدراسة وهو عبارة عن مقياس لتحديد الفروق بين أطوال ثلاثة خطوط ، ويتكون من عشرين بنداً ويطلب من المفحوص فيه أن يحدد الخط الأوسط من حيث الطول ، وقد اشتقت من هذا المقياس ثلاثة مقاييس للخطأ في اتجاه التطويل ومقياس للخطأ في اتجاه التقصير ومقياس للأداء السليم ، ويؤديه المفحوص في زمن مفتوح .

مقاييس الشخصية

أ - اختبار الشخصية لايزنك

تم استخدام اختبار آيزنك للشخصية EPQ للراشدين (Eysneck, 1975) وهذا المقياس يقيس عددا من السمات التي تؤكد عبر العديد من الدراسات وجودها كموامل أساسية في بناء الشخصية وهذه السمات هي :

- أ - العصائية أي الميل إلى عدم الاتزان والاضطراب الانفعالي .
- ب - الانبساط وهو عبارة عن الميل إلى الانتشار والحركة والظهور والافتحام .
- ج - الذهانبة ، وهو الميل إلى المرض العقلي بارتكاب حماقات وأنماط سلوكية مرفوضة وغير مقبولة من المجتمع والاستمتاع بإيذاء الآخرين .
- د - الإجرامية أو السلوك السيكوباتي ، وهو سلوك يميل صاحبه إلى مخالفة الأعراف ومعايير السلوك المتعارف عليها ويتفنن في إيذاء الناس ويستغل قدراته العقلية في الأعمال الانحرافية .
- هـ - الكذب أو الميل إلى تحسين صورة الذات أو الجاذبية الاجتماعية ، ويميل صاحب الدرجات العالية على هذا المقياس إلى إعطاء صورة إيجابية مشرقة عن نفسه حتى لو كان هذا دون أساس من الواقع .

ب - القابلية للإيحاء

تم اشتقاق هذا المقياس من اختبار منسوتا المتعدد الأوجه لقياس الشخصية MMPI وقد تم استخدامه في العديد من الدراسات وكشف عن كفاءة عالية في التشخيص والتمييز الإكلينيكي وفي مجال البحوث أيضا (حنورة ، ١٩٨٢) .

العمر

بالإضافة إلى مقاييس المتغيرات السابقة تم وضع العمر كمغير ينبغي ضبطه أثناء الدراسة ، وقد أجريت عليه التحليلات الإحصائية المختلفة باعتباره أحد المتغيرات المهمة وقد كان أحد بنود الاستبار (وقد سبق عرض بياناته عند الحديث عن العينة) .

التعليم

كذلك تم استخدام متغير التعليم كمتغير يجب ضبطه أثناء الدراسة عند المقارنة بين المتعاطين وغير المتعاطين لما لهذا المتغير من أهمية كبيرة في إفراز فروق بين مجموعات التعليم المختلفة مما قد يتداخل مع الفروق الناتجة بسبب تعاطي المخدرات والكحوليات .

وقد تم اخضاع المقاييس السابقة لإجراءات متعددة خاصة بالثبات والصدق ، نعرض فيما يلي لأهم أشكالها متمثلا في درجات الثبات التي يعرضها الجدول رقم ١٠ .

تعليق

يتضح من النتائج الخاصة بتجربة الثبات أن جميع الاختبارات ذات ثبات مقبول وإن بدا في بعض الأحيان أن بعض المقاييس ذات ثبات ضعيف لدى بعض المجموعات إلا أن ثباتها جاء مرتفعا في مجموعات أخرى .

وعلى ذلك فلقد تم الاستقرار على استخدامها . ومن الجدير بالذكر الإشارة إلى أن هذه المقاييس تستخدم في الثقافة العربية بشكل متواتر ، بل واستخدم بعضها في دراسة المخدرات بجمهورية مصر العربية وفي الهند أيضا (انظر : Soueif et al, 1980) وقد أثبتت كفاءة عالية من حيث ثبات نتائجها .

الصدق :

المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة تستخدم في مجالات الإرشاد النفسي والإختبار والتوجه المهني والتصنيف للأغراض المختلفة ، كما أنها كما ذكرنا من قبل تستخدم في البحوث والتشخيصات الإكلينيكية وفي بحوث المخدرات . (Ibid)

والصدق الذي يستمد منها أو ينسب إليها هو صدق المفهوم Construct Validity وجميع المقاييس تقيس وظائف نفسية (معرفية أو حركية أو مزاجية)

جدول رقم (١٠)
درجات ثبات المقاييس الموضوعية
ن = ٢٠٠

طرق حساب الثبات					ألفا *					سيرمان / براون					جيتان					اعادة التطبيق				
المجموعات المقاييس					١	٢	٣	٤		١	٢	٣	٤		١	٢	٣	٤		١	٢	٣	٤	
١	٤٨	٤٨	٤٨	٤٨	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٢	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٣	٧٣	٧٣	٧٣	٧٣	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٤	٣٩	٣٩	٣٩	٣٩	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٥	٦٥	٦٥	٦٥	٦٥	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٦	٦٧	٦٧	٦٧	٦٧	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٧	٦٢	٦٢	٦٢	٦٢	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٨	٦٨	٦٨	٦٨	٦٨	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
٩	٤٤	٤٤	٤٤	٤٤	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠	٠٠
١٠																								
١١																								
١٢																								
١٣																								
١٤																								
١٥																								
١٦																								

(١) تم وضع العلامة العشرية واكتفي بوضع عشرون وحسب الثبات بالطرق الأربع الموضحة على أربع مجموعات هي تماثلي الكسوريات (٥١٥) ومجموعة تماثلي الحشيش (٣٥٥).

(٢) المقاييس المستخدمة في الجدول السابق هي:

مقياس أيزنك: ١ - الكذب ٢ - النصاية ٣ - الانسحاب ٤ - الدقة ٥ - الإجرام.

القدالية للأبعاد: ٦ - القدالية للأبعاد.

مقاييس الأطوال: ٧ - الدقة ٨ - حلا التفسير ٩ - حلا التطويل

ذاكرة الأرقام: ١٠ - لعبة ١١ - عكسية ١٢ - كلية.

بنظر جنسيتك: ١٣ - نسخ ١٤ - كلية.

السلوك الحركي: ١٥ - التخطيط ١٦ - التخطيط.

ثم التأكد من طبيعتها عبر العديد من الدراسات .

فمقاييس السلوك الحركي وهي أجزاء من بطارية GATB (بطارية قياس الاستعدادات العامة الأمريكية) تقيس السلوك الحركي من خلال أداء بعض الأعمال الحركية ، ومقياس وكسلر بلفيو للذكاء يقيس الجزء المستمد منه والمستخدم في هذه الدراسة والمعروف باسم السعة الرقمية Digit Span يقيس ذاكرة الأرقام الأمامية والعكسية ، أما بندر جشطلت فهو مقياس يستخدم للتشخيص الإكلينيكي وقد أثبت كفاءة عالية من حيث قياسه للمهارات اليدوية والتذكر والإدراك ، كما أنه أمكن الاستدلال من درجاته على علاقة الأداء المنخفض عليه وبعض الاصابات العضوية في المخ (Ibid) .

أما مقياس القابلية للإيماء فهو مقياس لفحص القابلية للاستهواء والتأثير ، وقد تم استخلاصه من مقياس منسوتا المتعدد الأوجه لقياس الشخصية MMPI (حنورة ، ١٩٨٦) ، وقد تم التأكد من صلاحيته وصدقه بالنسبة لتلك الوظيفة .

أما مقياس آيزنك المستمدة من اختبار آيزنك للشخصية EPQ فهي خمسة مقاييس أجريت عليها دراسات متعددة واتضح منها أن المقاييس الخمسة تقيس فعلاً ما وضعت لقياسه (Eysneck, 1975) . أي أنها تقيس (أ) الكذب « أو تزيف الإجابة أو الجاذبية الاجتماعية Social Desirability » ، (ب) وتقيس أيضاً العصافية (ج) ثم تقيس الانبساط (د) ثم تقيس الذهانية (هـ) وتقيس الاستعداد للجريمة .

بعد ذلك يوجد مقياس الأطوال وهو مقياس أعددها لقياس الكفاءة في مقارنة الأطوال ، ويستخرج منه ثلاثة مقاييس هي دقة التقدير والخطأ في اتجاه التطويل والخطأ في اتجاه التقصير ، وقد تمت مناقشة فكرة المقياس مع عدد من الزملاء (منهم د . حسن عيسى ، د . عبد الفتاح القرشي) ، كما تم استخدام الاختيار في أكثر من دراسة استكشافية وأعطى نتائج متسقة ، كما أن هناك شواهد إكلينيكية (من خلال متابعة سلوك بعض حالات التعاطي) تشير إلى

وجود صدق تلازمي بما يجعل من الممكن الاعتماد عليه .

ومن الجدير بالذكر أن نقرر في هذا السياق أن اختيارنا لتلك المقاييس قد مر بمرحلة طويلة من التجريب على عينات متعددة استمرت عامين متوالين على متعاطين لأصناف مختلفة من المخدرات إلى أن تأكدنا من موضوعية المقاييس بما يسمح لنا (ولغيرنا) بالاعتماد على نتائجها .

التطبيق

تم التطبيق بطريقة فردية تحت إشراف الباحث الرئيسي ، وبطريقة تكفل الراحة والحرية والسرية للبيانات ، وذلك من خلال متخصصين نفسانيين مدربين وذلك في الفترة من يناير ١٩٨٦ وحتى سبتمبر ١٩٨٧ (وقد تابع العمل مع الباحث كمشرين تنفيذيين أربعة باحثين هم صابر يوسف وفوزية فرج من مستشفى الطب النفسي بالشويخ ومجدي جوادي وثروت نواز وزهير القلاف المتخصصين بوزارة الشؤون)

أما عن تدريب باحثي الميدان فقد تم في الفترة من سبتمبر ١٩٨٥ وحتى ديسمبر ١٩٨٥ تحت إشراف الباحث الرئيسي ، وقد تم هذا التدريب بقسم علم النفس بكلية الآداب بجامعة الكويت وشمل محاضرات عن هدف البحث وطبيعته ومتغيراته وأدواته وبياناً عملياً عن كيفية التطبيق ثم تدريباً على التطبيق إلى أن تم الوصول إلى الدرجة المطلوبة من الدقة والكفاءة لدى الباحثين المختارين (عمل مع الباحث بالإضافة إلى المشرفين الخمسة السابق الإشارة إليهم عشرون باحثاً ميدانياً جميعهم من الحاصلين على ليسانس علم النفس) .

التحليلات الإحصائية

تم وضع خطة التحليلات الإحصائية وتنفيذها بمشاركة الأستاذ محمد عطارة مستشار الحاسب الآلي بجامعة الكويت . وقد تم الاستقرار على استخلاص بيانات وصفية تخص الاستبارة ونوده والحصول على فروق باستخدام الأساليب المناسبة مثل χ^2 و t -test بالنسبة للمقاييس الموضوعية ، كما تم

استخلاص قيم (ف) للكشف عن الفروق في الأداء بين المجموعات المستخدمة في هذه الدراسة كذلك استخدم التحليل العاملي لتصنيف الأبعاد السلوكية لمجموعة المتعاطين الكلية ، ويضم التقرير الحالي جانباً من النتائج التي تم الحصول عليها باستخدام الأساليب الإحصائية المشار إليها وسوف يتم إعداد تقارير تالية تتضمن باقي النتائج التي تم الحصول عليها .

الفصل السابع

عرض ومناقشة النتائج

أولاً: عرض نتائج بيانات الاستبار والتعليق عليها

مقدمة

سوف نقوم بعرض نتائج الدراسة من خلال عدة محاور هي محور بيانات وديناميات سلوك التعاطي (الاستبار ، الفصل السابع) ثم بيّنات خاصة بالفروق بين المدخنين وغير المدخنين في الأداء على المقاييس النفسية (الفصل الثامن) ثم نتائج الإحصاء الوصفي للأداء على المقاييس لكل مجموعة (الفصل التاسع) ثم نتائج تحليل التباين لكل متغير من المتغيرات للكشف عن قيم (ف) التي تعبر عن وجود فروق بين أداء المجموعات المختلفة على كل مقياس من مقاييس الدراسة (الفصل العاشر) ثم تأتي في النهاية المقارنة بواسطة اختبار (ت) بين كل مجموعتين من المجموعات السبعة في الأداء على كل مقياس من مقاييس الدراسة (الفصل الحادي عشر) ثم نتائج التحليل العاملي لأداء مجموعة المتعاطين على متغيرات الدراسة (الفصل الثاني عشر) ثم خاتمة (الفصل الثالث عشر) .

وفيما يلي استعراض للنتائج :

بيانات الاستبار

يتضمن الاستبار واحدا وعشرين بندا بعد البيانات الأولية (كالعمر والجنس والدين والتعليم) والأسئلة من رقم (١) الى رقم (٣) متعلقة بالتدخين ، وقد تمت المقارنة بين المجموعات المختلفة ولم توجد فروق ذات

دلالة ، أما السؤال رقم (٤) والسؤال رقم (٥) فهما عن الاستفسار حول تعاطي المخدرات وتاريخ البدء في التعاطي .

وسوف نبدأ بعرض النتائج التي تضمنتها بيانات الاستبيان بدءاً من السؤال رقم (٥) . وسوف تكون المقارنة بين المجموعة الضابطة ومجموعة الحشيش كلما كان ذلك متاحاً أو بين مجموعتي تعاطي الكحول وتعاطي الحشيش .

وسوف لا نتعرض بالمناقشة في الجزء الحالي لباقي المجموعات لأنها ذات أحجام عددية صغيرة ولأنها من ناحية أخرى لم تكشف عن تميز واضح في الأداء على المقاييس كما سوف نلاحظ فيما بعد في الموضوع المناسب .

جدول رقم (١١)

سؤال رقم : ٥

نص السؤال : متى بدأت تعاطي المخدرات ؟

المجموعات	أقل من سنة	٢ سنة	٣ سنوات	٤ سنوات	٥ سنوات	٦ سنوات	المجموع
تعاطي الكحول	٢	١	٧	٥	٢	٣٤	٥١
%	٣,٩	٢,٠	١٣,٧	٩,٨	٣,٩	٦٦,٧	١٠٠
الترتيب	٤	٦	٢	٣	٤	١	
تعاطي الحشيش	٤	١	٦	١	٧	١٦	٣٥
%	١١,٤	٢,٩	١٧,١	٢,٩	٢٠,٠	٤٥,٧	١٠٠
الترتيب	٤	٥	٣	٥	٢	١	

$$٢١٠ = ١٠,٤٠$$

مستوى الدلالة : ٠,٧٠

يتضح من المقارنة أن المجموعتين متماثلتان في توزيعهما على سنوات التعاطي ولا يوجد أي فرق دال وفقاً لما إنتهى إليه التحليل الإحصائي .

ومن حيث الترتيب فإن غالبية مجموعة الكحوليات تأتي في المرتبة الأولى من حيث طول المدة (٦ سنوات) وكذلك نفس الأمر بالنسبة لمجموعة تعاطي الحشيش .

وعموما فإن معظم أفراد العينة يمكن أن يطلق عليهم وصف المزمين Chronics في التعاطي سواء بالنسبة للكحوليات أو بالنسبة للحشيش .

جدول رقم (١٢)

سؤال رقم : ٦

نص السؤال : ما هي الأسباب التي دفعتك للتعاطي لأول مرة ؟

المجموعات	١ فرشة	٢ تداوي	٣ متاعب نفسية	٤ مشاركة وتقليد	٥ حفلات	٦ تجربة الجديد	أخرى	مجموع
تعاطي الكحول	٨	١	١٠	١	٥	٢٠	٦	٥١
%	١٥,٧	٢,٠	١٩,٦	٢,٠	٩,٨	٣٩,٢	١١,٨	
الترتيب	٣	٦	٢	٦	٥	١	٤	
تعاطي الحشيش	٤	١	٧	٣	١	١٣	٦	٣٥
%	١١,٤	٢,٩	٢٠,٠	٨,٦	٢,٩	٣٧,١	١٧,١	
الترتيب	٤	٦	٢	٥	٦	١	٣	

$$٢١٨ = ٤,١٨$$

مستوى إلدلالة : ٠,٦٥

يمتضح من فحص الجدول أن تجربة الجديد وحسب الاستطلاع هي السبب الرئيسي في كلا المجموعتين وأن المتاعب النفسية والاجتماعية هي السبب الثاني المعقول عن بدء التعاطي في كلا المجموعتين أيضا وأن الفرشة هي السبب الثالث لدى متعاطي الكحول يليه أسباب أخرى ، ولدى متعاطي الحشيش تأتي الأسباب الأخرى ثم الفرشة هما السبب الثالث والرابع ، ونجد أن التشابه

قائم أيضا . يأتي بعد ذلك الحفلات كسبب خامس لدى متعاطي الكحول يليه المشاركة والتقليد وهما السببان التاليان أيضا مع تبادل المواقع لدى متعاطي الحشيش .

وإيجاز يمكن القول أن التشابه قائم سواء في أسباب التعاطي ككل أو في الترتيب لتلك الأسباب في كلتا المجموعتين وبدون فروق دالة .

جدول رقم (١٣)

سؤال رقم ٧ :

نص السؤال : ما هي الأسباب التي تدفعك عادة إلى التعاطي ؟

المجموع	٥ حفلات	٤ مشاركة	٣ هموم	٢ علاج	١ فرشة	المجموعات
٥١	٤ ٧,٨ ٥	٦ ١١,٨ ٤	٢٣ ٤٥,١ ١	٩ ١٧,٦ ٢	٩ ١٧,٦ ٢	تعاطي الكحول %
						الترتيب
٣٥	٩ ٢٥,٧ ٢	٤ ١١,٤ ٤	١١ ٣١,٤ ١	٤ ١١,٤ ٤	٧ ٢٠,٠ ٣	تعاطي الحشيش %
						الترتيب

$$\chi^2 = ٥,٩٦$$

مستوى الدلالة : ٠,٢٠

تظهر المقارنة عدم وجود فروق في التوزيع بين المجموعتين فيما يتعلق بالأسباب التي تدفع عادة إلى التعاطي أو فيما يتعلق بترتيب الأسباب ونلاحظ أن أسباب تعاطي الكحول حسب الترتيب هي الهموم ثم الفرشة والعلاج (التساوي) ثم المشاركة ثم الحفلات ، وبالنسبة للحشيش تأتي الهموم أولا ثم الحفلات ثم الفرشة ثم العلاج والفرشة (معا) . وعلى الرغم من عدم وجود فوارق في طبيعة التوزيع إلا أن الترتيب قد يحمل مغزى مختلفا بالنسبة لكل

مجموعة من المجموعتين - المهموم ترتيبها الأول في المجموعتين ولكن الخلفيات تأتي الأولى في الحشيش والخامسة في الكحول ثم الفرفشة في الكحول
 عموما يمكن القول أن الخلاف محدود من حيث الرغبة في القضاء على المهموم ونسيان المشكلات . ويبدو أن الأسباب متشابهة في كلتا المجموعتين من حيث التوزيع ومن حيث الترتيب مع خلاف بسيط لا يخل باتساق التوزيع .

جدول رقم (١٤)

سؤال رقم ٩ .

نص السؤال : هل سبق لك التوقف عن التعاطي ؟

المجموعات	١ نعم	٢ لا	المجموع
تعاطي الكحول %	٢٣ ٤٥,١	٢٨ ٥٤,٩	٥١
تعاطي الحشيش %	٢٤ ٦٨,٦	١١ ٣١,٤	٣٥

كا٢ معدلة = ٣,٧٢

مستوى الدلالة : ٠,٠٥٤

يدل التوزيع على وجود فرق واضح وهو أن من توقفوا عن تعاطي الحشيش أكبر من الذين توقفوا عن تعاطي الكحول ودلالة ذلك هي أن التوقف عن تعاطي الحشيش قد يكون أسير ، وذلك لأن إدمان الكحول أو الاعتدال عليه أشد وطأة وإلحاحا من الاعتدال على الحشيش .

جدول رقم (١٥)

سؤال رقم ١٠

نص السؤال : في حالة التوقف ، لماذا ؟

المجموعات	١ علاج	٢ نصيحة	٣ رغبة شخصية	٤ مرض	٥ خوف من القانون	٦ أخرى	المجموع
تعاطي الكحول	٣١	٣	١١	٢	٢	٢	٥١
الترتيب %	٦٠,٨	٥,٩	٢١,٦	٣,٩	٣,٩		
تعاطي الحشيش	١٢	٠	٩	٢	٣	٩	٣٥
الترتيب %	٣٤,٣	٠	٢٥,٧	٥,٧	٨,٦	٢٥,٧	
	١	٦	٢	٥	٤	٢	

$$١٣,٧٥ = ٢ \text{ كا}$$

مستوى الدلالة : ٠,٠١٧

يشير التوزيع إلى وجود فروق ، ولكن الترتيب يظهر أن العلاج هو السبب الأول في كلتا المجموعتين يليه الرغبة الشخصية كسبب ثاني ثم النصيحة فخوف القانون لدى متعاطي الكحول ثم المرض لدى متعاطي الحشيش .

وعلى وجه العموم فإن العلاج هو السبب الرئيسي في كلتا المجموعتين ويضم أكبر نسبة من كلتا الفئتين .

جدول رقم (١٦)

سؤال رقم : ١١

نص السؤال : هل عدت متعاطي بعد أن توقفت ؟

المجموعات	١ نعم	٢ لا	المجموع
متعاطي الكحول %	٢٢ ٩٦,٠	١ ٤,٠	٢٣
متعاطي الحشيش %	١٩ ٨٠,٠	٥ ٢٠,٠	٢٤

توضح الإجابة على السؤال أن متعاطي الكحول أيسر في العودة إلى التعاطي بنسبة ٩٦٪ أما متعاطي الحشيش فهم وإن كانوا نسبة كبيرة ٨٠٪ إلا أنهم أقل بحوالي ١٦٪ من متعاطي الكحول في العودة إلى التعاطي . أما النسبة التي لم تعد إلى التعاطي فالسبب قد يكون وجودهم في السجن أو تحت العلاج .

جدول رقم (١٧)

سؤال رقم ١٢

نص السؤال : ما هو سبب العودة للتعاطي ؟

المجموعات	٠ غير مطلوب	١ مشكلات الحياة	٢ علاج	٣ إغراء الآخرين	٤ رغبة شخصية	٥ أسباب أخرى	المجموع
تعاطي الكحول	٢٨	٥	٠	٣	١٤	١	٥١
%	٥٤,٩	٩,٨	٠	٥,٩	٢٧,٥	٢,٠	
الترتيب	١	٣	٦	٤	٢	٥	
تعاطي الحشيش	١٣	٣	١	٧	٧	٤	٣٥
%	٣٧,١	٨,٦	٢,٩	٢٠,٠	٢٠,٠	١١,٤	
الترتيب	١	٥	٦	٢	٢	٤	

$$٢٨ = ١٠,٠٩$$

مستوى الدلالة : ٠,٠٧

التوزيع كما يبدو لا توجد فيه فروق ذات دلالة والسبب الرئيسي للعودة للتعاطي هو الرغبة الشخصية لدى المجموعتين (أي عدم القدرة على المقاومة) وفي نفس الفئة لدى متعاطي الحشيش إغراء الآخرين (وعلينا أن نتذكر أن تعاطي الحشيش تتم ممارسته كحافز من خلال الجماعة) . أما السبب الثاني للعودة في تعاطي الكحول فهو مشكلات الحياة فتعاطي الخمر يلجأ إليه الشخص للقضاء على الاكتئاب الفردي .

جدول رقم (١٨)

سؤال رقم ١٣

نص السؤال : هل لك أصدقاء يتعاطون المخدرات أو الكحوليات بدون أمر الطبيب ؟

المجموعات	١ نعم	٢ لا	المجموع
تعاطي الكحول %	٤٧ ٩٢,٢	٤ ٧,٨	٥١
تعاطي الحشيش %	٣٢ ٩١,٤	٣ ٨,٦	٣٥

$$٢٣ = ٠,٠$$

مستوى الدلالة : ٠,٠

يتضح من بيانات الجدول أن كلا الفئتين تنتميان إلى توزيع متشابه وهذا معناه في اتجاه التوزيع أن المتعاطين لهم أصدقاء يتعاطون بنفس النسبة تقريبا ٩٢,٢٪ ، ٩١,٤٪ مع فرق ضئيل في تعاطي الكحول .

ودلالة هذا أن هناك سياقاً اجتماعياً يحكم عملية التعاطي ، وهذا السياق هو الذي يدفع إلى التعاطي ويحافظ على استمراره أيضاً ويعمل بمثابة المناخ المحتضن لهذا السلوك والمجذ له .

جدول رقم (١٩)

سؤال رقم ١٣
نص السؤال : هل لك أصدقاء يتعاطون المخدرات ؟

المجموعات	١ نعم	٢ لا	المجموع
الضابطة %	٣٥ ٢٣,٣	١١٥ ٧٦,٧	١٥٠
كحوليات %	٤٧ ٩٢,٢	٤ ٧,٨	٥١
حشيش %	٣٢ ٩١,٤	٨,٦	٣٥
المجموع %	١١٤ ٤٨,٣	١٢٢ ٥١,٧	٢٣٦

$$١٠٢,٨ = ٢٣٥$$

مستوى الدلالة : ٠,٠٠١

تشير النتائج الى أن متعاطي المخدرات لهم أصدقاء أكثر (وبنسبة دالة بعد ٠,٠٠١) يتعاطون المخدرات والكحوليات وذلك عند مقارنتهم بأفراد المجموعة الضابطة الذي قرر ٢٣,٣٪ منهم فقط وجود أصدقاء لهم يتعاطون المخدرات . ومن الواضح أن المناخ الاجتماعي للمتعاطين مهيأًا للتعاطي .
وحيث يجد الشخص المناخ ملائماً وميسراً للتعاطي ، بمعنى أن مقومات الاغراء تكون موجودة في محيطه الاجتماعي على عكس ما هو موجود عند المجموعة الضابطة ، فإن الفرصة تكون سانحة لكي ينخرط في هذا السلوك المحبذ اجتماعياً ، وهو ما يتسق مع سلوك النمذجة Modeling الذي دارت من حوله دراسات عديدة في سلوكيات التعلم من خلال سياق اجتماعي .

جدول رقم (٢٠)

سؤال رقم : ١٤

نص السؤال : هل لك أقارب يتعاطون المخدرات بدون أمر الطبيب ؟

المجموعات	لا صفر	١ والد	٣ أخ	نعم ٥ خال/عم	٦ آخرون	المجموع
تعاطي الكحول	٣٦	٤	٣	٢	٦	٥١
	٧٠,٦	٧,٨	٥,٩	٣,٩	١١,٨	
الترتيب	٢	٣	٤	١		
تعاطي الحشيش	٢٠	٠	٤	٠	١١	٣٥
%	٥٧,١	٠	١١,٤	٠	٣١,٤	
الترتيب	٣	٢	٤	١		

$$٢١٥ = ٩,٥٤$$

مستوى الدلالة : ٠,٠٤٩

يتضح من التوزيع أن الأقارب المباشرين في تعاطي الكحوليات أكثر من الأقارب في تعاطي الحشيش ، ولكن هناك أقارب غير مباشرين وبنسبة مرتفعة ٣١,٤٪ أكثر في تعاطي الحشيش مقابل ١١,٨٪ في تعاطي الكحوليات .

ودلالة التوزيع بهذا الشكل الفارق أن تعاطي الكحوليات يتم علنا داخل المنزل وعلى مرأى من الشخص الذي يتعاطى ، أما تعاطي الحشيش فانه لا يتم علنا وبالتصريح بين أفراد الأسرة .

يضاف الى ذلك أن تعاطي الكحوليات (بحكم أنه مُجرّم في الأماكن العامة فأنسب مكان لتعاطيه هو المنزل وأمام الأولاد) أما الحشيش فهو مُجرّم سواء بالمنزل أو خارجه ومن يهوى تعاطيه فانه يحرص على عدم وصول ذلك الى علم السلطات المختصة حتى لا يسبب لنفسه المتاعب وهو الأمر الذي يجعل من التعاطي أمرا يدعو الى الاستخفاء حتى عن أفراد الأسرة .

جدول رقم (٢١)

سؤال رقم ١٤

نص السؤال : هل لك أقارب يتعاطون المخدرات ؟

المجموعات	لا صفر -	١ والد	٣ أخ	نعم ٥ خال/عم	٦ آخرون	المجموع
الضابطة	١٣٧	٠	٢	٤	٧	١٥٠
%	٩١,٣	٠	١,٣	٢,٧	٤,٧	
الترتيب	١	٥	٤	٣	٢	
كحوليات	٣٦	٤	٣	٢	٦	٥١
%	٧٠,٦	٧,٨	٥,٩	٣,٩	١١,٨	
الترتيب	١	٣	٤	٥	٢	
خشيش	٢٠	٠	٤	٠	١١	٣٥
%	٥٧,١	٠	١١,٤	٠	٣١,٤	
الترتيب	١	٤	٣	٤	٢	
المجموع	١٩٣	٤	٩	٦	٢٤	٢٣٦
%	٨١,٨	١,٧	٣,٨	٢,٥	١٠,٢	
الترتيب	١	٥	٣	٤	٢	

$$٢٣٦ = ٤٩,٣١$$

مستوى الدلالة : ٠,٠٠١

يشير مغزى هذه النتائج إلى أن متعاطي الخشيش يجد النموذج للتعاطي في عائلته ومعارفه بأكثر من المجموعتين الأخرين ومتعاطو الكحوليات في أقاربهم نسبة أكبر مما يوجد في المجموعة الضابطة ممن يتعاطون المخدرات . وعند إضافة هذه النتيجة إلى النتيجة التي يعرضها السؤال رقم ١٣ أمكن الوصول إلى

استنتاج على درجة معقولة من الصلابة والقوة وهو أن الأصدقاء والأقارب خارج الأسرة والأقارب داخل الأسرة يمثلون معا مناخا اجتماعيا ميسرا ومغريا للوقوع فريسة لسلوك التعاطي .

جدول رقم (٢٢)

سؤال رقم ١٥

نص السؤال : هل تحدث مشكلات بسبب التعاطي ؟

المجموعات	١ نعم	٢ لا	المجموع
تعاطي الكحول %	٢٧ ٥٢,٩	٢٤ ٤٧,١	٥١
تعاطي الخشيش %	٢٢ ٦٢,٩	١٣ ٣٧,١	٣٥

$$\chi^2 = ٤٨,٠$$

مستوى الدلالة : ٠,٤٩

تشير نتائج هذا السؤال إلى أن تعاطي الكحول وتعاطي الخشيش يؤديان بنسبة كبيرة ومتقاربة إلى الوقوع في المشاكل بنسبة ٦٢,٩٪ مقابل ٥٢,٩٪ لتعاطي الكحوليات.

ومن الواضح أن تعاطي الخشيش أكثر من حيث تسببه للمشكلات ، وربما كان السبب كما ذكرنا من قبل أنه مجرم داخل وخارج المنزل ؛ وربما لأنه عادة قد لا تكون مقبولة اجتماعيا أو دينيا على مستوى المجتمع المحلي ، وهو ما يجعل من متعاطيها شخصا أكثر استهجانا من قبل الآخرين وأكثر تعرضا للمشاكل .

جدول رقم (٢٣)

سؤال رقم : ١٥
نص السؤال : هل تحدث مشكلات بسبب التعاطي ؟

المجموعات	١ نعم	٢ لا	المجموع
الضابطة %	١٨ ١٢,٠	١٣٢ ٨٨,٠	١٥٠
كحوليات %	٢٧ ٥٢,٩	٢٤ ٤٧,١	٥١
حشيش %	٢٢ ٦٢,٩	١٣ ٣٧,١	٣٥
المجموع %	٦٧ ٢٨,٤	١٦٩ ٧١,٦	٢٣٦

$$٢٨٤ = ٥٥,٣٩$$

مستوى الدلالة : ٠,٠١

تشير الاجابة الى أن المجموعة الضابطة ترى أغليبتها (٨٨٪) عدم وقوع مشكلات بسبب تعاطي المخدرات والكحوليات وهو عكس اتجاه اجابة المجموعتين الآخرين وان كان متعاطو الحشيش يرون أكثر من مجموعة الكحوليات وجود مشكلات تقع بسبب التعاطي .

ومن الواضح من هذه الاجابات أن المتعاطين للمخدرات والكحوليات هم الذين يعايشون المشكلات والحوادث المترتبة على التعاطي ، وهم كثيرا ما يقعون فيها أو يتعرضون لها بشكل مباشر أو غير مباشر ، وهو ما يدل على أن التعاطي يؤدي إلى وقوع المشكلات بالفعل . أما ما يذهب إليه غير المتعاطين من

عدم وقوع مشكلات بسبب التعاطي فذلك لأنهم لا يتعاطون ولا يتضررون لتلك المشكلات التي لا تقع لهم أصلا .

جدول رقم (٢٤)

سؤال رقم : ١٦

نص السؤال : في حالة حدوث مشاكل بسبب التعاطي ، هل هي :

المجموعات	لا صفر	١ عائلية	٢ زوجية	نعم ٤ أبناء	٥ زملاء	٦ ضد القانون	المجموع
تعاطي الكحول	٢٤	١٤	٤	٠	٣	٦	٥١
%	٤٧,١	٢٧,٥	٧,٨	٠	٥,٩	١١,٨	
الترتيب	١	٢	٤	٦	٥	٣	
تعاطي الخشيش	١٦	٤	٠	٦	٢	٧	٣٥
%	٤٥,٧	١١,٤	٠	١٧,١	٥,٧	٢٠,٠	
الترتيب	١	٤	٦	٣	٥	٢	

$$٢٤ + ١٤,٩٧ = ٣٨,٩٧$$

مستوى الدلالة : ٠,٠١

يشير التوزيع الى أن أكثر من ٥٠% من كلتا المجموعتين يقع في مشكلات بسبب التعاطي وأن هذه المشاكل تختلف في كلتا المجموعتين . فالمشاكل العائلية تأتي أولا لدى متعاطي الكحول على حين أن المشاكل القانونية تأتي أولا وكذلك المشاكل مع الرؤساء .

جدول رقم (٢٥)

سؤال رقم : ١٦

نص السؤال : في حالة حدوث مشكلات هل هي مشكلات :

المجموعات	صفر لا مشكلات	١ عائلية	٢ مع الزوجة	٤ رؤساء	٥ زملاء	٦ ضد القانون	المجموع
الضابطة	١٤٢	٢	٠	٠	١	٥	١٥٠
%	٩٤,٧	١,٣	٠	٠	٠,٧	٣,٣	
الترتيب	١	٣	٥	٥	٤	٢	
كحوليات	٢٤	١٤	٤	٠	٣	٦	٥١
%	٤٧,١	٢٧,٥	٧,٨	٠	٥,٩	١١,٨	
الترتيب	١	٢	٤	٦	٥	٣	
حشيش	١٦	٤	٠	٦	٢	٧	٣٥
%	٤٥,٧	١١,٤	٠	١٧,١	٥,٧	٢٠,٠	
الترتيب	١	٤	٦	٣	٥	٢	
المجموع	١٨٢	٢٠	٤	٦	٦	١٨	٢٣٦
%	٧٧,١	٨,٥	١,٧	٢,٥	٢,٥	٧,٦	
الترتيب	١	٢	٦	٤	٤	٣	

$$١١٣,٦٩ = ٢٤٦$$

مستوى الدلالة : ٠,٠٠١

تشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة في التوزيع (٢٤٦=٩٦,١١٣) وبمستوى دلالة بعد ٠,٠٠١). واتجاه النتائج متعاكس عند مقارنة المجموعة الضابطة بالمجموعتين الآخرين اللتين جاءت اجاباتها متشابهة من حيث الاتجاه وان اختلفت من حيث حجم فئات الاجابة . فمتعاطي الكحوليات تحدث أكثر مشكلاته في العائلة (حوالي ٢٥ %) أما مشكلات متعاطي الحشيش فتقع مع رؤسائه وزملائه (حوالي ٢٣ %) .

جدول رقم (٢٦)

سؤال رقم : ١٧

نص السؤال : هل حدث هذا بالفعل لك (أي مشاكل ضد القانون) ؟

المجموع	نعم				لا	المجموعات
	٤ مشكلة	٣ شجار	٢ غالفة	١ حادثة	صفر	
٥١	٦	١٦ ١١,٨	٢ ٣١,٤	٢ ٣,٩	٢٥ ٤٩,٠	تعاطي الكحول %
٣٥	١١ ٣١,٤	٧ ٢٠,٠	٢ ٥,٧	٠ ٠	١٥ ٤٢,٩	تعاطي الحشيش %

$$٢١٥ = ٦,٧٥$$

مستوى الدلالة : ٠,١٥

واضح من التوزيع في كلتا مجموعتي الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة ، وإن كان من الواضح أن الشجار يقع بين متعاطي الحشيش ، والسبب فيما يبدو هو أن تعاطي الكحول يحيل الشخص الهاديء إلى شخص عنيف على حين أن تعاطي الحشيش يؤدي الى العكس فان التعاطي يرتبط بالهدوء والميل الى السكينة وربما الخمول والنوم .

جدول رقم (٢٧)

سؤال رقم : ١٧

نص السؤال : هل يحدث هذا - وقوع مشاكل بسبب التعاطي - بالفعل لك ؟

المجموعات	صفر لا يحدث	١ حادثة	٢ غالبية	٣ شجار	٤ مشكلة	مجموع
الضابطة	١٣٢	١	١	٠	١٦	١٥٠
%	٨٨,٠	٠,٧	٠,٧	٠	١٠,٧	
الترتيب	١	٣	٣	٥	٢	
كحوليات	٢٥	٢	٢	١٦	٦	٥١
%	٤٩,٠	٣,٩	٣,٩	٣١,٤	١١,٨	
الترتيب	١	٤	٤	٢	٣	
حشيش	١٥	٠	٢	٧	١١	٣٥
%	٤٢,٩	٠	٥,٧	٢٠,٠	٣١,٤	
الترتيب	١	٥	٤	٣	٢	
المجموع	١٧٢	٣	٥	٢٣	٣٣	
%	٧٢,٩	١,٣	٢,١	٩,٧	١٤,٠	
الترتيب	١	٥	٤	٣	٢	

$$٧٢,٩٧ = ٢١٥$$

مستوى الدلالة : ٠,٠١

باستقراء النتائج التي يعرضها الجدول نلاحظ وجود نسبة من غير المتعاطين تقرر أنها تحدث لها مشكلات بسبب المخدرات - ويبدو أن المشكلات يكون سببها آخرون غير المفحوصين . أي أن المشكلات تحدث بسبب أفراد آخرون يختلط بهم غير المتعاطي أو من تكون له بهم علاقة .

أما بالنسبة لمتعاطي الكحوليات فإن ٢٦٪ من المتعاطين يقررون وقوعهم

في مشكلات متنوعة . أما متعاطو الحشيش فنجد من بينهم حوالي ٥٧٪ يقررون أن هناك مشكلات تحدث لهم بسبب التعاطي .

وحين تقارن هذه الاجابات بالاجابات التي يعرضها السؤال رقم (١٥) نلاحظ وجود اتساق من حيث أن المشكلات التي يتعرض لها متعاطو الحشيش والتي يقرون بوقوعها متشابهة في كلا السياقين وهو ما يشير الى درجة معقولة من ثبات وصدق الأداة المستخدمة في الدراسة (الاستبيان) .

جدول رقم (٢٨)

سؤال رقم : ١٨

نص السؤال : يرى البعض أن المخدرات مفيدة والبعض يرى أنها ضارة فما هو رأيك الشخصي ؟

المجموعات	١ مفيدة	٢ ضارة	المجموع
تعاطي الكحول ٪	٥ ٩,٨	٤٦ ٩٠,٢	٥١
تعاطي الحشيش ٪	٢ ٥,٧	٣٣ ٩٤,٣	٣٥

$$٢١٨ = ٠,٠٧٨$$

مستوى الدلالة : ٠,٧٨٠

يجمع معظم أفراد المجموعتين وينسب تزايد عن ٩٠٪ كما هو واضح على أن تعاطي الكحول وتعاطي الحشيش ضار .

وإن ظهر أن متعاطي الحشيش يزدون من حيث النسبة المثوية على متعاطي الكحوليات من حيث تقريرهم أن التعاطي ضار . وعلى وجه العموم فإن الفروق غير دالة احصائيا بمعنى أن المجموعتين تنتميان الى مجتمع واحد من حيث ما يذهبان اليه من رأي حول أضرار التعاطي .

جدول رقم (٢٩)

سؤال رقم : ١٨

نص السؤال : يرى البعض أن المخدرات مفيدة والبعض الآخر يرى أنها ضارة
فما رأيك الشخصي ؟

المجموعات	١ مفيدة	٢ غير مفيدة	مجموع
الضابطة %	٠ ٠	١٥٠ ١٠٠,٠	١٥٠
كحوليات %	٥ ٩,٨	٤٦ ٩٠,٢	٥١
حشيش %	٢ ٥,٧	٣٣ ٩٤,٣	٣٥
المجموع %	٧ ٣,٠	٢٢٩ ٩٧,٠	٢٣٦

$$١٣,٩٧ = ٢٣٦$$

مسنوى الدلالة : ٠,٠٠١

تشير النتائج إلى شبه اجماع بين المجموعات الثلاث الضابطة ومجموعة الكحوليات ومجموعة الحشيش على أن المخدرات غير مفيدة ، وإن وجدت نسبة من المتعاطين - في مقابل عدم وجود أي متعاطٍ - تقرر أن التعاطي مفيد .

والنتيجة بهذا الشكل تحمل إصرارا بعدم الفائدة ولكن مع ذلك هناك إصرار على التعاطي من قبل المتعاطين .

ولكن من ناحية أخرى نلاحظ أن حوالي ١٠٪ من متعاطي الكحوليات يقررون أن المخدرات مفيدة وذلك في مقابل لا شيء (من غير المتعاطين)

ومقابل ٣٪ من متعاطي الحشيش ، ومعنى هذا أن هناك نسبة واضحة غير مستبصرة من متعاطي الكحوليات ترى أن هناك فائدة لتعاطي المخدرات والكحوليات .

جدول رقم (٣٠)

سؤال رقم : ١٩ (أضرار التعاطي) - تجميع

نص السؤال : أضرار التعاطي

الاجابات	الضابطة (١٥٠)	كحول (٥١)	حشيش (٣٥)	كا ٢٢	مستوى الدلالة
١ النظر	٨٢,٠	٣٣,٠	٣٤,٠	٥٥,٥٩	*
٢ السمع	٧٤,٧	١٧,٦	٤٠,٠	٥٥,٥١	*
٣ الفهم	٩١,٣	٧٦,٥	٥٤,٣	٣٨,٨٥	*
٤ اضطراب التفكير	٩٠,٠	٥٨,٨	٤٨,٦	٣٩,٩	*
٥ التذكر	٨٥,٣	٧٦,٥	٥٧,١	١٤,١١	*
٦ قلة النوم	٨٦,٧	٦٤,٧	٦٢,٩	١٦,٦٩	*
٧ الانتاج	٩٤,٠	٧٦,٥	٥٧,١	٣٣,٢٧	*
٨ الجنس	٨٢,٧	٤٣,٠	٢٦,٠	٥٥,٥	*
٩ الأخلاق	٩٠,٧	٦٢,٧	٤٠,٠	٤٨,٩	*
١٠ علاقات العمل	٩٢,٠	٤٥,٠	٤٩,٠	١٦,١٥	*
١١ العلاقات العائلية	٩٤,٧	٦٩,٠	٦٠,٠	٣٦,٤٨	*

تشير النتائج المعروضة في هذا الجدول الى أن متعاطي الكحوليات يشعرون بأكثر مما يشعر به متعاطو الحشيش من أضرار متعددة وذات أحجام متفاوتة ، وأكثر الأضرار وضوحا هو ما يخص العمليات المعرفية كالفهم والتذكر واضطراب التفكير ثم الإنتاج والأخلاق . بينما يرى متعاطو الحشيش أن قلق النوم هو صاحب الرتبة الأولى (ورغم ذلك فإنه بمقارنة آراء متعاطي الكحوليات نجد أن نسبتهم المئوية التي تقر بوجود هذا الضرر أكبر ولكن ترتيبها أقل) . وفي سياق اضطراب العلاقات العائلية نجد أن متعاطي الخمر يقر

٦٩٪ منهم مقابل ٦٠٪ من متعاطي الحشيش باضطراب العلاقات العائلية .

وعلى وجه العموم فإن معظم اتجاهات إجابات متعاطي الحشيش تقلل (وينسبة محدودة) من أضرار تعاطي المخدرات والكحوليات عند مقارنتها بآراء متعاطي الكحوليات . وإن كانت هناك ملاحظة ينبغي ذكرها في هذا السياق هي أن هناك نسبة أكبر من متعاطي الحشيش تؤكد الأضرار المتعلقة بالحواس وهو ما يبرز إحساسهم المباشر بالضرر الذي يقع على حواسهم ، وإن كانت نسبة أكبر من متعاطي الكحوليات يقرون بضرر المخدرات على الجنس (٤٣٪ مقابل ٢٦٪) .

أما من حيث مقارنة إجابات مجموعة التعاطي بالمجموعتين الآخرين ؛ نلاحظ أن غير المتعاطين يذهبون إلى أن الضرر الناجم عن التعاطي كبير بالنسبة لجميع فئات الإجابة ، وإن كان من الملاحظ أن هناك خلافا في ترتيب الإجابة بين المتعاطين وغير المتعاطين ، حيث تأتي العلاقات العائلية في مقدمة الأمور التي تتضرر بسبب التعاطي ، يلي ذلك الإنتاج ثم علاقات العمل ثم الفهم فالأخلاق فالتفكير .

وعلى وجه العموم فإن اتجاهات غير المتعاطين نحو التعاطي تتعدد جزئيا بحجم الضرر الذي يرونه مرتباً على التعاطي ، وقد يكون ذلك مهما في تهيئة المناخ المناسب لاكتساب المناعة النفسية ضد التعاطي .

من ناحية أخرى نلاحظ أن الغالبية من المتعاطين تقر بأضرار التعاطي ، كما يلمسون هم أنفسهم ، إلا أنهم مع ذلك مستمرين في التعاطي ، وهذه مسألة تحتاج إلى توجيه اهتمام خاص إليها في أساليب التوجه إلى وجدان وعقل هؤلاء المتعاطين عند محادثتهم في الأضرار المترتبة على التعاطي وكيفية تحويل مجرد اقتناعهم بالضرر إلى سلوك إجرائي مضاد للتعاطي .

جدول رقم (٣١)

سؤال رقم : ٢٠ (تجريبية فقط) - تجميع

نص السؤال : أساليب المكافحة

الاجابات	ضابطة (١٥٠)	كحول (٥١)	خشيش (٣٥)	كاف ٢٥	مستوى الدالة
١ الوعظ	٨٥,٣	٤٧,١	٦٠,٠	٣٢,٢١	—
٢ إعلام وتثقيف	٨٤,٠	٥٣,٣	٦٢,٩	٤٤,٣٨	•
٣ العبادة	٩٣,٣	٩٠,٠	٨٢,٩	٣,٩١	—
٤ العقاب للمتعاظمي	٩٧,٣	٣١,٤	٤٠,٠	١١,٦٤	—
٥ عقاب التجار	٩٠,٧	٥٤,٩	٨٥,٧	٣٣,٦٢	•
٦ تنوير الطلاب	٩٠,٠	٣١,٤	٨٠,٠	٧١,٨٠	•
٧ التنشئة الاجتماعية الأسرية	٩٤,٧	٥٣,٠	٨٣,٠	٤٩,٠٨	•
٨ أماكن لشغل الفراغ	٨٤,٠	٤٥,٠	٦٨,٠	٤٨,٢٩	•
٩ الحدود والجهاك	٩٠,٠	٤٥,٠	٨٦,٠	٤٨,٢٩	•
١٠ مراقبة الأماكن المشبوهة	٩١,٣	٤٥,٠	٨٣,٠	٥١,٢١	•

تشير النتائج إلى أن أساليب المكافحة التي يقترحها المتعاظمون تختلف من حيث الترتيب بالنسبة للمجموعتين . فيرى متعاظمو الكحوليات أن أهم وسيلة للمكافحة هي العبادة الفعلية كوسيلة أولى للمكافحة يلي ذلك عقاب التجار ثم الوعظ ثم ، وبنسبة ضعيفة ، الجهاك بينما يرى متعاظمو الخشيش أن مراقبة الحدود والجهاك هما أهم وسيلة ثم عقاب التجار وبعد ذلك الأماكن المشبوهة ثم التنشئة الاجتماعية ثم العبادة ومن الواضح من دلالة اتجاه الإجابات أن عامل الدين بالنسبة للكحوليات حاسم بشكل كبير بينما يظهر أن هذا الأمر أضعف من ذلك لدى متعاظمي الخشيش ويحل مكانه التركيز على مطاردة مصدر الامداد من تجار إلى حدود إلى أماكن مشبوهة ثم التنشئة الاجتماعية . ويضم النتائج الخاصة بأراء غير المتعاطين إلى هذه الأراء تكتمل الصورة وضوحا وهو ما يبرزه العمود رقم (١) من الجدول الموضح أعلاه .

وبالنظر في النسب المثوية لإجابات المفحوصين (المجموعة الضابطة) عن الأساليب المقترحة للمكافحة نلاحظ أن دور التنشئة الاجتماعية يأتي في المقدمة يليه دور العبادة ثم حصار الأماكن المشبوهة ثم عقاب التجار ومراقبة الجمارك وحصار الطلاب . ومن المثير للانتباه أن عقاب المتعاطي يحظى بأقل نسبة موافقة لدى المجموعة الضابطة وهو نفس ما وجد لدى المجموعتين الأخريين .

جدول رقم (٣٢)

سؤال رقم : ٢١

نص السؤال : ما هو المصدر الذي تحصل منه على المخدرات أو الكحوليات ؟

المجموعات	١ زميل	٢ تاجر	٣ قريب	٤ صديق	٥ موظف جمارك	٦ مصدر آخر	مجموع
تعاطي الكحول	١١	٨	١	٢٠	٣	٨	٥١
%	٢١,٦	١٥,٧	٢,٠	٣٩,٢	٥,٩	١٥,٧	
الترتيب	٢	٣	٦	١	٥	٣	
تعاطي الحشيش	٧	٩	١	١٢	٤	٢	٣٥
%	٢٠,٠	٢٥,٧	٢,٩	٣٤,٣	١١,٤	٥,٧	
الترتيب	٣	٢	٦	١	٤	٥	

$$٣,٨٥ = ٢٤$$

مستوى الدلالة : ٠,٥٧

تشير النتائج إلى أن متعاطي الكحول والحشيش لهم مصادر متشابهة يحصلون منها على المخدرات أو الكحوليات وأول هذه المصادر هم الأصدقاء والزعماء ثم التجار . وقيمة ٢٤ ٣,٨٥ وبمستوى دلالة غير جوهري .

والإشارة واضحة وتؤكد أن المتعاطين لهم مصادر موثوق بها وهم الأصدقاء والزعماء والتجار . وإن كان الصديق هو أكثر المصادر أماناً لأنه موثوق

على أسرار صديقه ، كما أنه غالبا ما يكون متعاطيا ، يلي ذلك الزميل والتاجر لدى كلا المجموعتين وبالتبادل .

وعموما فإن التاجر هو المصدر الأساسي الذي يلجأ إليه الجميع ، ولكن هناك حلقة بين التاجر والمتعاطي على الأقل في بداية طريق التعاطي تتمثل في وجود وسيط ، قد يكون صديقا أو زميلا ، وهذا معناه أن هناك قنوات اجتماعية ومناخ محبذ للتعاطي وقادر على تبريره وحمايته متمثلا في الأصدقاء والزملاء .

تعليق على نتائج الإستبيان

تشير النتائج السابقة والخاصة بآراء المتعاطين وغير المتعاطين في المسائل المطروحة أن تعاطي المخدرات والكحوليات له أسبابه ودوافعه ، كما أن البيئة المحيطة بالفرد لها دورها البارز في التهيئة والتيسير لسلوك التعاطي ، كما أن توفر المخدرات والكحوليات وسهولة وصول المتعاطي إليها يلعب دورا مهما في تنشئة هذا السلوك وتدعيمه .

يضاف الى هذا أن هناك أفرادا يمكن أن يكونوا مهشين ، من ناحية الاستعداد الشخصي (مرسي ، ١٩٧٩ ص ٣١١) لأن ينخرطوا في سلوك تعاطي المخدرات والكحوليات وأي سلوك آخر (وهو ما سوف يتضح عند استعراض نتائج الفروق بين مجموعات الدراسة الخاصة بمتغيرات الشخصية) خاصة وأن هناك نظريات تذهب إلى علاقة بعض سمات الشخصية بالسلوك الانحرافي (تركي ، ١٩٨٦ ص ٣١) .

أما فيما يتعلق بالنتائج المترتبة على تعاطي المخدرات والكحوليات فهناك اتجاه قوي بين المتعاطين وغير المتعاطين يذهب الى أن التعاطي سلوك ضار بالفرد وبغيره ، وإن كان اتجاه غير المتعاطين أكثر قوة . وهذه نقطة تحتاج منا التوقف عندها والتأمل لأن الشخص الذي يرتكب الحماقة ويرى أنها حماقة ويصر على ارتكابها لا بد أنه شخص في حياته أو في بنائه النفسي أو في بيئته شيء خاطيء يستحق التصحيح ، وعلى المسؤولين عن مكافحة التعاطي وعلماء السلوك البحث حول هذه النقطة الهامة ، والتي يمكن أن تكون منطلقا لرسم استراتيجية مناسبة لترشيد السلوك .

الفصل الثامن

عرض ومناقشة النتائج ثانيا: التدخين

بفحص استجابات المفحوصين من متعاطي المخدرات والكحوليات وغير المتعاطين اتضح أن الغالبية العظمى من المتعاطين يدخنون وأن نسبة كبيرة من المجموعة الضابطة ليسوا من المدخنين .

ولذلك فقد رأينا أنه من الضروري البدء بالمقارنة بين المدخنين وغير المدخنين (الذين لا يتعاطون المخدرات أو الكحوليات) في الأداء على المقاييس النفسية المستخدمة في الدراسة ، وذلك من أجل الوقوف على تأثير التدخين على الخصائص النفسية التي تقيسها تلك المقاييس وسوف نقدم فيما يلي عرضاً للتحليلات الإحصائية الخاصة بالمقارنة بين مجموعتي المدخنين وغير المدخنين (من غير متعاطي المخدرات والكحوليات) وذلك للوقوف على أثر التدخين كمتغير له تأثيره على أداء الأفراد .

ويعرض الجدول التالي نتائج المقارنات الإحصائية :

جدول رقم (٣٣)
مقارنة بين أداء المدخنين وغير المدخنين
(من غير متعاطي المخدرات والكحوليات)
على مقاييس الدراسة

المتغيرات	المتوسط		الانحراف المعياري		ت
	مدخنون ٥٤	غير مدخنين ٩٦	مدخنون ٥٤	غير مدخنين ٩٦	
رسم الخطوط	٢٥,٣	٢٢,٥٦	١١,٠٤	١٢,٤	١,٣٨
وضع النقاط	٢٤,٢٦	٢٣,٠٨	١١,٢٦	١٢,٥٦	٠,٥٩
ذاكرة أمامية	٤,٣٠	٣,٩٩	١,٦٨	١,٥٧	١,١٠
ذاكرة عكسية	٣,١٣	٢,٧٦	١,٤	١,٢١	١,٦٩
ذاكرة كلية	٧,٤٢	٦,٦٦	٢,٩٠	٢,٧	١,٥٤
بندر جشطلت نسخ	٢٠,٠٠	١٧,٨٨	٦,٣١	٦,٦٢	*١,٩٥
بندر جشطلت تذكر	١٢,٦٨	١٢,٣٢	٥,٣٤	٥,٤٥	٠,٤٠
الشخصية كذب	١٢,٦٤	١٣,٢٢	٣,٢٩	٣,٥٣	١,٠١
الشخصية عصائية	١١,٦١	١١,٢٨	٤,٧٢	٣,٥٤	٠,٤٥
الشخصية انبساط	١٣,٧٢	١٢,٨٦	٢,٧٥	٣,٥٣	١,٦٥
الشخصية ذهانية	١,٩٦	١,٧٧	١,٤٩	١,٣٤	٠,٧٨
الشخصية إجرام	٣,٨٥	٣,١٦	٣,٠٥	٢,٢٨	١,٤٤
القابلية للإيحاء	١٣,٨٥	١٣,٨١	٤,٢٤	٤,٢٣	٠,٠٥
الخطوط صواب	٦,٧٢	٧,٤٧	٣,٣٣	٣,٧٨	١,٢٧
الخطوط خطأ تفصيل	٨,٢٧	٨,٣٩	٣,٧٥	٣,٨٢	٠,١٨
الخطوط خطأ تطويل	٤,٩٢	٤,٠٨	٢,٤٦	٢,٢٤	*٢,٠٧
مراحل التعليم	٥,١١	٤,٩٦	٠,٩	٠,٩٢	٠,٩٨

(*) هناك فروق ذات دلالة إحصائية .

تعليق على النتائج

باستعراض نتائج المقارنات الاحصائية نلاحظ أن أداء المدخنين على

المقاييس النفسية يتفوق من حيث الدقة عن أداء غير المدخنين وذلك على مقاييس السلوك الحركي والذاكرة (وكسلر) وعلى مقاييس بندر جشطت للنسخ والاستدعاء وإن لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية مرتفعة إلا على مقياس بندر جشطت للنسخ حيث اقترب مستوى الدلالة من ٠.٠٥ .

أما فيما يتعلق بمقاييس الشخصية والقابلية للإيحاء فقد ظهر وجود تساوي في متوسطي درجات العصائية عند المجموعتين وبالنسبة للانبساط ظهر أن المدخنين أكثر انبساطا ، وهم أكثر ميلا للقابلية للإيحاء ، ولكن أيضا بدون وصول إلى مستوى الدلالة الجوهرى .

أما فيما يتعلق بمقارنة الخطوط وهو مقياس للإدراك فقد ظهر أن الدقة في الإدراك لدى المدخنين أقل منها لدى غير المدخنين . ولم توجد فروق في التعليم . والتعليق العام على هذه النتائج هو أن التدخين لا يرتبط بتدهور الوظائف المعرفية ، كما هو الحال في ارتباط تعاطي الكحول والحشيش ، وإن كان مقياس مقارنة الأطوال قد أبرز أن أداء غير المدخنين أقل دقة من أداء المدخنين ويبدو أن التدخين مستويات ، وعلى ذلك فقد يكون من المناسب مقارنة أداء ذوي التدخين الكثيف بأداء ذوي التدخين المتوسط ، فرما تكشف المقارنة عن شيء جديد . وعلى وجه العموم فإن النتائج بوضعها الراهن لا تقدم إشارات حاسمة أو أحكاما قاطعة حول علاقة التدخين بالوظائف النفسية حركية كانت أو معرفية أو وجدانية ، والأمر يحتاج إلى دراسة مستقلة توجه نحو هذا الهدف وحده .

والخلاصة أن التدخين لم تظهر له علاقة مباشرة على سلوك المتعاطي للمخدرات والكحوليات ، وبالتالي فإنه من الممكن الاطمئنان ، ولو بشكل مبدئي ، الى أن الفروق التي يمكن أن توجد بين متعاطي المخدرات والكحوليات وغير المتعاطين ترجع أساسا الى تعاطي المخدرات والكحوليات وعدم تعاطيها ، مما سوف تكشف عنه النتائج التي نعرض لها ونناقشها في الصفحات التالية .

الفصل التاسع

ثالثا: عرض نتائج بيانات الاحصاء الوصفي لأداء مجموعات الدراسة على المقاييس الموضوعية

سنعرض فيما يلي النتائج الأولية (المتوسطات والانحرافات المعيارية)
لأداء المجموعات السبع اللاتي رأينا أنها أهم المجموعات بعد إهمال عدد كبير
من المتعاطين الذين تعذر تصنيفهم ضمن مجموعة من المجموعات ، خاصة وأن
معظمهم كان يتعاطى أنواعا متعددة من المخدرات أو أنهم كانوا يتعاطون
مخدرات غير مصنفة .

وقد رأينا أن نبداً بعرض هذه البيانات حتى يمكن الوقوف بدقة على مدى
اعتدالية التوزيع وما اذا كان يوجد التواء في بعض التوزيعات يحتاج إلى
إجراءات إحترافية ، وكما سوف يتضح فإن جميع التوزيعات لجميع المقاييس
لدى جميع المجموعات جاءت اعتدالية .

جدول رقم (٣٤)
مقياس رسم الخطوط

رقم المجموعة*	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٢٨,٢٢٠	٥,٥٥٨	٠,١٧٥-
٢	٢٠,٠٠٠	٧,٥٧٩	٠,٣١٣-
٣	٢٠,١٢١	٧,٢٥١	٠,٤٠٦-
٤	٢٥,٢٢٢	٦,٣٠٧	٠,٤٥٦-
٥	٢٢,٠٧١	٦,٥٢٦	٠,٣٠٢
٦	٢٢,٨٠٨	٦,٥٢٢	١,١٣٦-
٧	٢٢,١٢٢	٦,٤٦٧	٠,٧٦٧

والجدول التالي يعرض بيانات المقياس رقم (١) وهو مقياس للسلوك الحركي ، ومن الواضح ارتفاع درجات مجموعة غير المتعاطين عليه كما أنه لا يوجد التواء في توزيع درجاته لدى أية مجموعة من المجموعات السبع .

(*) تم إيراد تعريف المجموعات عند وصف العينة في الفصل السادس .
وسوف تحتفظ المجموعات السبع بأرقامها خلال الجداول التالية دون الحاجة إلى كتابة اسم كل مجموعة في كل جدول من الجداول التي سترد بعد ذلك .

جدول رقم (٣٥)
مقياس وضع النقاط

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٢٨,٢١٧	٥,٩١٠	٠,١٤١-
٢	٢٠,٦٥٣	٧,٢٥٤	٠,٠٠٦
٣	٢٢,٦٧٦	٥,٣٦٢	٠,٤٣٩-
٤	٢٦,٧٢٢	٦,٧٦١	٠,٥٧٨-
٥	٢٥,٢٨٦	٥,٧٦٧	٠,٢٤٩
٦	٢٦,٧٣١	٥,٥٣٠	٠,٢٢١-
٧	٢٦,٠٩٨	٦,٨٧٩	٠,٥٨٠-

يتضح من نتائج التحليلات الاحصائية لبيانات المجموعات السبع أن التوزيعات اعتدالية وأنه لا يوجد التواء في توزيع درجات المقياس لدى أية مجموعة من المجموعات المذكورة في الجدول .

جدول رقم (٣٦)
مقياس الذاكرة الرقمية الأمامية

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٤,٤٥٦	١,٠٥٧	٠,١٥٨-
٢	٣,٤٨٠	٠,٧٢٨	٠,٨٨٢
٣	٤,٠٠٠	١,١١١	٠,٦٨٢
٤	٤,٤٣٨	١,١٢٧	٠,١٧٣
٥	٤,١٣٣	١,٢٠٤	١,٠١٧
٦	٤,٤٥٨	٠,٩٩٩	٠,٣٧٥
٧	٤,١٧١	١,١٩٣	٠,٧٠٨

تشير البيانات الموضحة بالجدول الى أن درجات المجموعات السبع

الخاصة بمقياس الذاكرة الأمامية من مقياس السعة الرقمية لوكسلر أصبحت اعتدالية وأنه لا يوجد التواء في التوزيع .

جدول رقم (٣٧)

الذاكرة العكسية

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٣,١٤٤	٠,٩٦٧	١,٢٢٨
٢	٢,٦٤٠	٠,٩١١	٢,٢٨٨
٣	٢,٨٠٠	١,٠٢٣	٠,٤٢٦
٤	٢,٩٣٣	٠,٨٢٤	٠,١٧٨
٥	٣,٠٦٧	١,١٨١	٠,٦٨٤
٦	٢,٧٩٢	٠,٩٦٠	٠,٤٧٨
٧	٢,٥٦١	٠,٨٤٧	٠,٧٨٧

تشير درجات المجموعات السبعة إلى أن التوزيع في معظمه يميل إلى أن يكون توزيعاً اعتدالياً فيما عدا مجموعة الكحوليات (المجموعة الثانية) حيث نلاحظ أن معامل الالتواء يقترب من أن يكون مساوياً لمتوسط درجات الأفراد ، وإن لم يصل إلى أن يكون التواء جوهرياً .

جدول رقم (٣٨)

الذاكرة الكلية

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٧,٦١٠	١,٧٧٢	٠,٥٣٢
٢	٦,٠٤٠	١,١٩٨	٠,٧٤٤
٣	٦,٨٠٠	١,٩٠٧	٠,٥٤٧
٤	٧,١٨٧	١,٨٦٤	٠,٦٧٧-
٥	٢,٢٠٠	٢,٢٨٦	١,٠١٩
٦	٧,٢٥٠	١,٧١٥	٠,٦١١
٧	٦,٧٧٥	١,٥٦٦	٠,٥٩٢

درجات هذا المقياس عبارة عن مجموع درجات المقياسين السابقين ومن الواضح أن توزيع الدرجات اعتدالي ولا يوجد أي التواء في التوزيع لدى أية مجموعة من المجموعات السبع .

جدول رقم (٣٩)
مقياس بندر جشطلت «النسخ»

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	التواء
١	٢٠,٢٥٦	٣,٥٧٩	٠,٩٢٧-
٢	١٤,٨٢٠	٣,٥٨٢	٠,٠٥٩-
٣	١٨,٦٨٦	٤,٢٣٤	١,١٤-
٤	١٩,٠٦٧	٣,٤٩٦	٠,٧٦٠-
٥	١٦,٦٠٠	٤,٢٣٩	١,٠١٩-
٦	١٧,٤١٧	٤,٥٧٣	٠,٤٣٨
٧	١٦,٩٠٢	٣,٨٣٥	٠,٢١٩-

يقيس هذا المقياس كفاءة الشخص في نسخ عدد من الأشكال التي تقدم إليه شكلاً شكلاً . وهو يقيس كفاءة الأداء الحركي وكفاءة الإدراك . ومن الواضح أن درجات أفراد جميع المجموعات تأخذ شكل التوزيع الاعتدالي ولا يوجد التواء في التوزيعات التكرارية .

جدول رقم (٤٠)
مقياس بندر جشطلت «الاستدعاء - التذكر»

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	التواء
١	١٣,٥٣٦	٣,٩٤٦	٠,١٠٤
٢	٧,٠٦٠	٣,٤٨٩	٠,٢٣٠
٣	١٠,٥١٤	٥,٢٧٧	٠,٠٥٧
٤	١٠,٢٦٧	٤,٠٠٥	٠,٤٧٧
٥	٩,١٤٣	٤,٧٥٩	٠,٣٨٦
٦	١٠,١٨٢	٤,٤٢٦	٠,٥٤٤
٧	٩,١٧١	٤,٥١٩	٠,٣٦٨

يقيس هذا المقياس كفاءة وتأزر الأداء الحركي والبصري والقدرة على تذكر الأشكال والرسوم التي سبق رسمها . ويتضح من المتوسطات والانحرافات المعيارية ومعاملات الالتواء أن التوزيعات اعتدالية لدى جميع المجموعات .

جدول رقم (٤١)
مقياس الكذب أو الجاذبية الاجتماعية
من استخبار ايزنك للشخصية EPQ

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	١٣,٢٠	٣,٤٤٦	٠,٣١٠-
٢	١١,٤٣١	٢,٨١٦	٠,٣٤٤
٣	١٢,٠٠٠	٣,٧٤٢	٠,٢٦١-
٤	١٣,٤٣٥	٣,١٨٨	٠,٢١٤-
٥	١١,١٨٨	٤,٣٠٨	٠,١٢٤-
٦	١٣,١٨٥	٣,٨٢٣	٠,٧٩٥-
٧	١٢,٨٦٠	٣,٩٥٦	٠,١٥٠

يقيس هذا المقياس ميل الشخص لأن يقدم صورة مرغوبة عن نفسه حتى وإن اضطر إلى الكذب . وهو أحد المقاييس الفرعية من استخبار ايزنك للشخصية (EPQ) ، ويتضح من الدرجات أن التوزيعات كلها اعتدالية ولا يوجد التواء في التوزيع .

جدول رقم (٤٢)
مقياس العصابية من اختبار ايزنك للشخصية

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	١١,٤٠٠	٣,٩٩٧	٠,٢٠٠
٢	١٣,٨٠٤	٣,٤٦٤	٠,٤٥٩-
٣	١٢,١٤٣	٤,٧١٦	٠,٣٥٧-
٤	١٤,٣٩١	٤,٨٦٩	٠,٨٠٢-
٥	١٤,٦٢٥	٥,٢٩٠	٠,٤٠٨-
٦	١٣,٤٤٤	٤,٢٣٧	٠,٠٦٣-
٧	١٢,٠٧٠	٤,١٩٤	٠,١٧٤

يقيس هذا المقياس استعداد الشخص للمرض النفسي أو وجود سوء توافق واضطراب في شخصيته والتوزيعات كلها اعتدالية ولا يوجد أي التواء في التوزيع كما يبدو في الجدول .

جدول رقم (٤٣)
مقياس الانبساط من اختبار ايزنك للشخصية

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	١٣,١٧٣	٣,٢٨٩	٠,٥٨٧-
٢	٩,٥٦٩	٤,٤٩١	٠,١٥٤
٣	١٢,١١٤	٣,٧٩٥	٠,٦٠٧-
٤	١٣,٥٦٥	٣,٦٢٨	٠,٥٢١-
٥	١٠,٨٧٥	٣,٣٨٤	٠,٣٧١
٦	١١,٥٩٣	٤,١٦٣	٠,١٧٩-
٧	١٢,٨٣٧	٣,١٥٤	٠,٠٥٨-

هذا المقياس هو أحد المقاييس الفرعية من اختبار ايزنك للشخصية وهو يقيس ميل الشخص لأن يكون شخصا اجتماعيا منبسطا كثيف العلاقات

مقترحاً . وجميع التوزيعات اعتدالية ولا يوجد أي التواء جوهري في درجات أية مجموعة من المجموعات السبعة .

جدول رقم (٤٤)

مقياس الذهانية من استخبار ايزنك للشخصية

رقم المجموعة	التوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٢,٢٤٣	١,٠٩٥	١,٣٩٩
٢	٢,١٤٣	١,١٤٩	٠,١٧٦
٣	٢,٤٥٢	١,١٨٤	١,٢٥٠
٤	٢,٠٤٥	١,٤٩٢	٢,١٦٥
٥	٢,٧٣٣	١,١٢٣	٠,٢٩٢
٦	٢,١٠٥	٠,٧٢٨	٠,٢٥٥-
٧	٢,٣٢٤	١,٤٤٣	١,٤٧١

يقيس هذا المقياس استعداد الشخص للمرض العقلي (الذهان) وإن لم يكن من الضروري أن يكون مريضاً عقلياً في الوقت الراهن . ومن الواضح أن درجات الأفراد في جميع المجموعات تميل لأن تأخذ أشكالاً اعتدالية في التوزيع ولا يوجد التواء بارز إلا لدى المجموعة رقم ٤ وهو التواء يقع في الحدود غير المتطرفة .

جدول رقم (٤٥)

مقياس الميل للجرام أو السيكيوباتية

رقم المجموعة	التوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٣,٧٢٩	٢,٣٧٦	١,٢٨٩
٢	٤,٣٩٢	٢,٦٤٦	١,٣٦٩
٣	٥,٢٣٥	٢,٦٠٢	١,٠٨٦
٤	٤,٧٣٩	٢,٧١٧	١,٠١٦
٥	٥,٩٣٨	٣,٢٥٥	٠,٣٠٢
٦	٣,٦٣٠	٢,٠٤١	١,٢٤٩
٧	٤,٢١٣	٢,٧٣٢	٠,٨٩٩

هذا المقياس هو أحد المقاييس المشتقة من اختبار آيزنك للشخصية وهو يقيس ميل الشخص لأن يرتكب الحماقات دون شعور بالذنب وتأنيب الضمير . ودرجات الأفراد في جميع المجموعات الموضحة في الجدول تأخذ الشكل الاعتدالي ولا يوجد وضوح لأي التواء في التوزيعات التكرارية .

جدول رقم (٤٦)
مقياس القابلية للإيحاء من اختبار منسوتا
متعدد الأوجه للشخصية

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	١٣,٨٢٧	٤,٢٢٥	٠,٠٤٠
٢	١٢,٠٢٠	٣,٩١٧	٠,٦٨٧
٣	١٤,٧١٤	٤,٧٩٩	٠,٠٩٨-
٤	١٧,٢٦١	٣,٧٣٢	٠,٢٥٣-
٥	١٥,٤٣٨	٤,٧٠٤	٠,٦١٢
٦	١٤,٢٢٢	٣,٧١٤	٠,٣٤٠-
٧	١٤,٢٣٣	٣,٩١٥	٠,٢٨٢

يقيس هذا المقياس استعداد الشخص لأن يقع تحت تأثير المغريات والمؤثرات التي تأتي إليه من الخارج أو من داخل شخصيته . ومن الواضح أن درجات الأفراد في جميع المجموعات تأخذ أشكالا اعتدالية ولا يوجد التواء في التوزيعات .

جدول رقم (٤٧)
مقياس مقارنة الأطوال
(الصواب)

رقم المجموعة	التوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٧,٢٠٧	٣,٦٤٠	٠,٤٨٦
٢	٦,٦٤٧	٢,٣٥٦	٠,٥٧٦
٣	٦,٥١٤	٢,٧٥٩	٠,٢٣٨
٤	٧,٤٣٥	٣,٦٤١	٠,٢٨٤
٥	٦,٦٨٨	٣,١٥٦	٠,٨٢٣
٦	٦,٦٦٧	٣,١٣٨	٠,٣٦٦
٧	٦,١٨٦	٣,٠١٨	٠,٧٥٦

هذا المقياس هو أحد مقاييس ثلاثة تم اشتقاقها من مقياس لمقارنة الأطوال تم اعداده خصيصا لهذه الدراسة ، وهو يقيس دقة الإدراك وتوضح البيانات التي يعرضها الجدول أن التوزيعات اعتدالية وليس هناك التواء في أي منها .

جدول رقم (٤٨)
مقياس مقارنة الأطوال
الخطأ في اتجاه التقصير

رقم المجموعة	التوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٨,٣٥٣	٣,٧٨٨	٠,٠٩٠
٢	٨,٢٥٥	٣,٠٣٢	٠,٠٠٢
٣	٩,٢٠٠	٣,٧٨٧	٠,٣٧٣
٤	٨,٥٢٢	٣,٨٤٨	٠,٣١٧
٥	٨,٨٧٥	٣,٥٥٧	٠,٦٢٥-
٦	٩,٦٦٧	٤,٠٤٦	٠,٠٠٣
٧	٩,٣٤٩	٣,٥٠٤	٠,٠٧٤

هذا هو المقياس الثاني من اختبار مقارنة الأطوال ، والتوزيعات كما هو واضح من الجدول توزيعات اعتدالية وليست هناك دلالة على وجود التواء في التوزيع .

جدول رقم (٤٩)
مقياس مقارنة الأطوال
الخطأ في اتجاه التطويل

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٤,٤١٤	٢,٣٢٦	٠,٨٧٤
٢	٥,٠٠٠	٢,٤٤٩	١,٠٤٥
٣	٤,٢٠٠	١,٨٤٤	٠,٥٢٤
٤	٣,٩١٣	٢,٠٦٥	٠,٨٠٥
٥	٤,٢٥٠	١,٦٩٣	٠,٧٧٧
٦	٣,٨٨٠	٢,٢٥٩	١,٨٠٥
٧	٤,٤١٩	٢,٥٠٩	١,٠٨٢

هذا هو المقياس الثالث من مقياس اختبار مقارنة الأطوال ويقاس ميل الشخص لإصدار أحكام خاطئة تتعلق بإدراك الفروق بين الخطوط . والتوزيعات كلها اعتدالية ولا يوجد إلتواء في أي منها .

تعليق على بيانات الإحصاء الوصفي لمقاييس الدراسة

من الواضح من استعراض بيانات الإحصاء الوصفي لأداء المجموعات السبع في هذه الدراسة على المقاييس المستخدمة أن التوزيع في جميع المقاييس ولدى جميع المجموعات سواء كانت ضابطة (أي من غير المتعاطين) أو من المتعاطين للمخدرات والكحوليات ، هذا التوزيع قد جاء في شكل توزيع اعتدالي ولا يوجد أي التواء ، وهو الأمر الذي يجعل من الممكن الاطمئنان إلى استخدام المعالجات الإحصائية المعتادة دون اللجوء إلى استخدام معالجات لا تصلح إلا للعينات ذات الأداء الموزع توزيعاً ملتوياً .

والخطوة التالية بعد استعراض نتائج الاحصاء الوصفي هي التقدم خطوة نحو استعراض النتائج الأكثر تركيباً وسوف نبدأ باستعراض نتائج تحليل التباين في اتجاه واحد يلي ذلك المقارنة بين المتوسطات من مختلف المجموعات على كل مقياس من المقاييس المستخدمة وذلك باستخدام المؤشر الإحصائي (t-test) ثم نتقل بعد ذلك إلى فحص المصفوفة الارتباطية بين متغيرات الدراسة لدى المجموعة الكلية من متعاطي المخدرات والكحوليات (ن = ٢٢٦) كتمهيد لفحص مصفوفة التحليل العاملي قبل التدوير وبعد التدوير من الدرجة الأولى لدى نفس المجموعة .

الفصل العاشر

عرض النتائج

رابعاً: تحليل التباين في اتجاه واحد

تم إجراء مقارنات إحصائية باستخدام أسلوب تحليل التباين في اتجاه واحد وذلك لاستخلاص قيمه وباعتبار أن المتغير المستقل هنا هو نمط التعاطي فإن المتغير التابع هو متغيرات السلوك .

وقد حاولنا أن نرى إذا ما كانت توجد فروق بين المجموعات من خلال التباين داخل المجموعات وبين المجموعات تمهيدا لإجراء مقارنات باستخدام (ت) T-Test إذا ما وجدنا فروقا ذات دلالة باستخدام (ف) F-ratio .

وفي سبيل الوصول إلى هذا الهدف تم إجراء (١٨) تحليلاً للتباين لستة عشر مقياساً نفسياً ثم للعمر وبعده للتعليم .

فلنلق نظرة على الجدول رقم (٥٠) لنرى الفروق بين أداء المجموعات على كل متغير من متغيرات الدراسة .

جدول رقم (٥٠)
تحليل التباين للمقاييس النفسية للدراسة

المقاييس	البؤائي		مصدر التباين		دلالة ف	قيمة ف
	مربع المتوسط	مجموع المربعات	مربع المتوسط	مجموع المربعات		
السلوك الحركي (١)	٤٠,٣٥٢	١٣٦٣٨,٩٧٣	٧٠١,٠٥٠	٤٢٠٦,٣٠١	*	١٧,٣٧٣
السلوك الحركي (٢)	٣٨,٧٥٧	١٣٠٩,٨٢٨	٤٣٥,٧٤٠	٢٦١٤,٤٦٣	*	١١,٢٤٣
ذاكرة الأرقام الامامية	١,٠٩٦	٣٧٠,٣٧٥	٦,٨٠٠	٤٠,٧٩٩	*	٦,٢٠٥
ذاكرة الأرقام العكسية	٠,٩٠٧	٣٠٦,٥٠٨	٣,٠٦٠	١٨,٣٦٤	*	٣,٣٧٥
مجموع ذاكرة الأرقام	٢,٩٣٣	٩٩١,٤٨٢	١٧,٤٧٠	١٠٤,٨٥٣	*	٥,٩٥٧
النسخ	١٤,٣٧٧	٨٥٩,٣٠٥	٢٢٦,٣٠٠	١٣٥٧,٨٠٨	*	١٥,٧٤١
التذكر	١٧,٥٦١	٥٩٣٥,٧٧٧	٣٣٢,٢٠٠	١٩٩٣,٢١٨	*	١٨,٩١٧
الكلب	١٢,٣٦٩	٤١٨٠,٧٧٣	٢٨,١٢٠	١٦٨,٧١٩	*	٣,٢٧٣
المصاية	١٧,٠٥	٥٨٨٣,٠٠٤	٧٦,٢٠٠	٤٥٧,٢٠٤	*	٤,٣٧٨
الانقباض	١٣,١٣٤	٤٤٣٩,٣٢٤	٩٨,٥٤٠	٥٩١,٢٦٤	*	٧,٥٠٣
الذهانية	١,٣٦٥	٤٦١,٥٣٢	١,٢٤٠	٧,٤٩٤		٠,٩١٥
الإجرامية	٦,٤٠٣	٢١٦٤,٢٦٣	٢٢,٧٦٠	١٣٦,٦٠٥	*	٣,٥٥٦
القابلية للإيحاء	١٧,٣٠٩	٥٨٥٠,٣٢٤	٨٣,٨٦٠	٥٠٣,١٧٢	*	٤,٨٤٥
الخطوط - صواب	١٠,٦٢٣	٣٥٩٠,٥٨١	٨,٨٤٠	٥٣,٠٥٦		٠,٨٣٢
الخطوط - تقصير	١٣,٤٤٠	٤٥٤٢,٨١٢	١٣,٥٦٠	٨١,٣٧٥		١,٠٠٨
الخطوط - تطويل	٥,١٩٥	١٧٥٥,٨١٥	٥,٤٨٠	٣٢,٩١٦		١,٠٥٦

(*) هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ على الأقل (درجات الحرية ٢٨٨)

تعليق

بالنظر في قيم (ف) المبينة بالجدول نلاحظ ما يلي :

١ - بالنسبة لمقياسي السلوك الحركي ١ ، ٢ وجدت قيمة (ف) دالة بشكل حاد .

٢ - بالنسبة لذاكرة الأرقام وجدت الفروق واضحة وحاسمة على المقاييس الثلاثة المستخدمة (الذاكرة الأمامية والذاكرة العكسية والذاكرة الكلية) .

٣ - بالنسبة لمقاييس بندر جشطلت « نسخ وتذكر » وجدت الفروق واضحة على كلا المقاييسين وهي فروق كبيرة جداً وخاصة بالنسبة للاستدعاء حيث وجدت أكبر قيمة لاختبار (ف) تصل إلى ١٨٩٢ .

٤ - بالنسبة لمقاييس آيزنك للشخصية وجدت فروق بين المجموعات على جميع المقاييس فيها عدا مقياس الذهان .

٥ - بالنسبة لمقياس القابلية للإيحاء (المأخوذ من اختبار « منسوتا المتعدد الأوجه للشخصية ») وجدت فروق باستخدام اختبار (ف) بين مجموعات الدراسة .

٦ - لم توجد فروق بين المجموعات على مقاييس مقارنة الأطوال بمقاييسه الفرعية الثلاثة وهذا يدعونا الى إعادة النظر في حساسية هذا المقياس .

ومن الملاحظ أن معظم المقاييس النفسية المستخدمة هي مقاييس عالية وسبق استخدامها في دراسات متعددة في العالم الغربي وفي العالم العربي واجمعت بما لا يدع مجالاً للشك على أن هناك فروقاً بين أداء مجموعات الدراسة ، ولكن يتبقى أن نتوقف للكشف عن طبيعة واتجاه هذه الفروق ، وهذا ما نقدمه في الصفحات التالية بعد النظر في جدول قيم (ت) التي قارنت أداء كل مجموعتين معا على متغيرات الدراسة .

وإذا ما كان لنا أن نعلق بشيء في السياق الحالي فهو أن هناك فروقاً بين المتعاطين للمخدرات والكحوليات والمجموعة الضابطة من ناحية ، ومن ناحية أخرى توجد فروق بين متعاطي الأنواع المختلفة من الكحوليات والمخدرات ، وقد كانت النتائج في معظمها تتجه لأن تقرر أن تعاطي الكحوليات هو من أكثر المتغيرات المسؤولة عن وجود فروق في الأداء على المقاييس النفسية يليه تعاطي الحشيش وهو ما سوف يتضح بشكل أكثر بروزاً في تحليلات (ت) .

الفصل الحادي عشر

خامسا: عرض وتعليق على نتائج الفروق بين مجموعات غير المتعاطين والمتعاطين

بعرض الجدول التالي (جدول ٥١) لقيم (ت) على المقاييس المختلفة ، ويضم واحدا وعشرين مقارنة على كل متغير من متغيرات الدراسة وذلك بين سبع مجموعات مختلفة شملتها عينة البحث وسبق وصفها .

جدول رقم (٥١)

الفروق بين المجموعات على المقاييس من ١ - ٨

المتغيرات	١م	٢م	٣م	٤م	٥م	٦م	٧م	٨م
مجموعة ٣-١	٧,١٢	٦,٧٣	٧,٣١	٣,٣٦	٧,٢٦	٩,٣٧	١١,٠٦	٣,٢٨
مجموعة ٤-١	٦,٢٠	٥,٤٠	٧,٢٠	١,٨	٢,٢٩	٢,٠٣	٣,١٩	١,٤٧
مجموعة ٥-١	٢,١٥	١,٠٠	٠,٠٧	١,١٢	١,٠٢	١,٥١	٣,٦٥	-٠,٥٧
مجموعة ٦-١	٧,٦٣	١,٩٣	١,٠٣	٠,٢٥	٠,٧٠	٣,٣٣	٣,٥٦	١,٦٥
مجموعة ٧-١	٤,٠٥	١,٢٧	-٠,٠١	١,٧٥	١,٠٠	٣,٠٦	٣,٦٨	-٠,٢١
مجموعة ٨-١	٥,٦	١,٨	١,٤	٣,٨٥	٢,٩٩	٥,١٣	٥,٧٤	٠,٢٤

تابع الجدول رقم (٥١ أ)
الفروق بين المجموعات على المقاييس من ١ - ٨

التفريعات	١م	٢م	٣م	٤م	٥م	٦م	٧م	٨م
مجموعة ٤-٣	-٧,٠٧	-١,٤٩	-٢,٤٣	-٠,٧٤	-٢,١١	-٤,٤٢	-٣,٤٠	-٠,٧٦
مجموعة ٥-٣	-٣,٠٩	-٣,٤٩	-٣,٧٩	-١,٢٧	-٢,٧٣	-٤,٨٠	-٣,٣١	-٢,٥٩
مجموعة ٦-٣	-١,٠٦	-٢,٦٣	-٢,٠٦	-١,٣٣	-١,٨٥	-١,٥٣	-١,٦٢	٠,٢١
مجموعة ٧-٣	-١,٧١	-٤,١٣	-٤,٥٠	-٠,٦٨	-٣,٣٠	-٢,٥٦	-٣,١٨	-٢,١٠
مجموعة ٨-٣	-١,٤٦	-٣,٧٣	-٣,٣١	٠,٤٤	-٢,٥٥	-٢,٧٠	-٢,٥٠	-١,٩٨
مجموعة ٥-٤	-٢,٨٤	-٢,٤١	-١,٤٥	-٠,٥٥	-٠,٧٧	-٠,٣٧	٠,٢٠	-١,٥٦
مجموعة ٦-٤	-٠,٩٦	-١,٥٣	-٠,٣٨	-٠,٧٨	-٠,٦١	١,٦٣	٠,٩٢	٠,٦٥
مجموعة ٧-٤	-١,٥٣	-٢,٩٠	-١,٧٠	٠,٠٣	-٠,٩٨	١,١٢	٠,٢٧	-١,٢٢
مجموعة ٨-٤	-١,٢٧	-٢,٤٧	-٠,٢٥	١,١١	٠,٠٦	١,٩٣	١,١٩	-٠,٩٨
مجموعة ٦-٥	١,٥٠	٠,٧١	٠,٨٠	-٠,٣	-٠,٠٢	١,٩٢	٠,٧٧	١,٧٨
مجموعة ٧-٥	١,٣٣	٠,٠	-٠,٠٧	٠,٧٦	-٠,١٢	١,٤٤	٠,٠٧	٠,٢٥

تابع الجدول رقم (٥١ أ)
الفروق بين المجموعات على المقاييس من ١ - ٨

المتغيرات	١م	٢م	٣م	٤م	٥م	٦م	٧م	٨م
مجموعة ٨.٥	١,٨٩	٠,٣٦	٠,٩٠	١,٧٣	٠,٩٠	٢,٣٢	١,٠١	٠,٦٤
مجموعة ٧.٦	-٠,٧٦	-٠,٨١	-٠,٩١	٠,٧٩	-٠,٠٨	-٠,٥٩	-٠,٧١	-١,٥٣
مجموعة ٨.٦	-٠,٠٣	-٠,٤٩	-٠,١١	١,٥٧	٠,٦٩	-٠,٢٥	-٠,٠٢	-١,٣٦
مجموعة ٨.٧	٠,٤٣	٠,٤٢	١,٠٩	١,٠٢	٢,١٧	٠,٤٩	٠,٩٢	٠,٣٤

الجدول (٥١ ب) المقاييس من ٩ الى ١٦

المتغيرات	٩م	١٠م	١١م	١٢م	١٣م	١٤م	١٥م	١٦م
مجموعة ٣.١	-٤,١١	٥,٣٧	٠,٥٤	١,٥٩	٢,٧٩	١,٢٦	٠,١٩	-١,٤٩
مجموعة ٤.١	-٠,٨٦	١,٥٢	-٠,٩٥	-٣,١٣	-١,٠١	١,٢٥	-١,١٩	٠,٥٩
مجموعة ٥.١	-٢,٨١	-٠,٤٩	٠,٦١	-١,٦٩	-٤,٠٣	-٠,٢٨	-٠,٢٠	١,٠٦
مجموعة ٦.١	-٢,٣٧	٢,٥٩	-١,٦٦	-٢,٦٤	-١,٣١	٠,٦٢	-٠,٥٥	٠,٣٥
مجموعة ٧.١	-٢,٢٣	١,٧٨	٠,٨٣	٠,٢٣	-٠,٥٠	٠,٨٠	-١,٥٧	١,١٣
مجموعة ٨.١	-٠,٩٣	٠,٦١	-٠,٣٤	-١,١٦	-٠,٥٩	١,٨٦	-١,٦١	-٠,٠١

تابع الجدول رقم (٥١ ب) المقاييس من ٩ إلى ١٦

١٦م	١٥م	١٤م	١٣م	١٢م	١١م	١٠م	٩م	التغيرات
١,٧٣	-١,١٣	٠,٧٣	-٢,٧٥ ●	-١,٤٧	-١,٢٠	-٢,٨٣ ●	١,٧٨	مجموعة ٤.٣
١,٩٧ ●	-٠,٧٩	-٠,٩٥	-٥,٥٠ ●	-٠,٥١	٠,٢٨	-٤,٠٦ ●	٠,٥٢	مجموعة ٥.٣
١,٣٨	-٠,٦٣	-٠,٠٥	-٢,٦٣ ●	-١,٧٣	-١,٨٧	-١,٢٤	-٠,٥٨	مجموعة ٦.٣
٢,٠٢	-١,٥٩	-٠,٠٣	-٢,٤٤ ●	١,٤١	٠,١٨	-١,٩٩ ●	٠,٣٨	مجموعة ٧.٣
١,١٣	-١,٦٠	٠,٨٠	-٢,٧٣ ●	-٠,٢٣	-٠,٦٦	-٤,١٣ ●	٢,١٦ ●	مجموعة ٨.٣
٠,٥٤	٠,٦٦	-١,٠٣	-٢,٢٧ ●	٠,٦٩	١,١٠	-١,٤٦	-١,٧٤	مجموعة ٩.٤
-٠,١٠	٠,٣٠	-٠,١٩	-٠,٥١	-٠,٧٦	-٠,٨٢	١,١٧	-١,٦١	مجموعة ١٠.٤
٠,٦٠	-٠,٤٦	-٠,٢٠	٠,٤٦	٢,٧٢ ●	١,٤٢	٠,٥١	-١,١٤	مجموعة ١١.٤
-٠,٤٤	-٠,١٨	٠,٥٠	٠,٤٨	١,٦٠	٠,٤٣	-٠,٩٠	٠,٠٧	مجموعة ١٢.٤
-٠,٥٦	-٠,٢٩	٠,٦٨	١,٢٩	-١,٢١	-١,٦٤	٢,٣٧ ●	-٠,١٤	مجموعة ١٣.٥
٠,٠٥	-١,٠٢	٠,٧٩	٢,٨٨ ●	١,٦١	-٠,١٨	١,٧٩	٠,٧٣	مجموعة ١٤.٥
-٠,٨٨	-٠,٨٦	١,٤١	٣,٠٩ ●	٠,٦٨	-٠,٧٣	٠,٨١	١,٩٣	مجموعة ١٥.٥

تابع الجدول رقم (٥١ ب) المقاييس من ٩ إلى ١٦

المتغيرات	٩ م	١٠ م	١١ م	١٢ م	١٣ م	١٤ م	١٥ م	١٦ م
مجموعة ٧-٦	٠,٧٦	-٠,٦٢	٢,٠٠	٢,٥٥	٠,٨٨	٠,٠٢	-٠,٦٧	٠,٦١
مجموعة ٨-٦	١,٧٤	-٢,٠٢	١,١٥	١,٨٣	٠,٩١	٠,٥٥	-٠,٤٦	-٠,٣٠
مجموعة ٨-٧	١,٣٣	-١,٣٣	-٠,٨٤	-١,١١	-٠,٠١	٠,٦٣	٠,٣٤	-٠,٩٣

(*) هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ على الأقل

رموز المجموعات

- ١ - المجموعة الضابطة .
- ٢ - كافة المخدرات .
- ٣ - كحول فقط .
- ٤ - حشيش فقط .
- ٥ - كحول / حشيش / حبوب .
- ٦ - كحول / حشيش أفيون .

رموز المقاييس

- ١ - السلوك الحركي ١ .
- ٢ - السلوك الحركي ٢ .
- ٣ - ذاكرة الأرقام الأمامية .
- ٤ - ذاكرة الأرقام العكسية .
- ٥ - مجموع ذاكرة الأرقام .
- ٦ - النسخ .
- ٧ - التذكر .
- ٨ - الكذب .
- ٩ - العصاوية .
- ١٠ - الانبساط .
- ١١ - الذعانية .
- ١٢ - الإجرامية .
- ١٣ - القابلية للإجها .
- ١٤ - الخطوط - صواب .
- ١٥ - الخطوط - خطأ تقصير .
- ١٦ - الخطوط - خطأ تطويل .
- ١٧ - العمر .
- ١٨ - مستوى التعليم .

تعليق

وبفحص قيم (ت) التي يتضمنها هذا الجدول رقم (٥١) نلاحظ بشكل عام أن الفروق تتركز بين المجموعة الضابطة وباقي المجموعات ، كما أن هناك وضوحا في الفروق بين مجموعة الكحوليين وباقي المجموعات أما مجموعة متعاطي الحشيش فتوجد بينها وبين المجموعة الضابطة ومجموعة الكحوليات فروق واضحة ولكنها تشابه مع باقي المجموعات الأخرى ، وفيما يلي كلمة تفصيلية عن هذه المقارنات :

أولا : مقارنة المجموعة الضابطة بباقي المجموعات

١ - عند مقارنة المجموعة الأولى (ضابطة مدخنون وغير مدخنين) بالمجموعة الثالثة (متعاطي الكحوليات) نجد ما يلي :

أ - أن هناك فرقا لصالح المجموعة الضابطة على مقياس السلوك الحركي وأيضا على مقياس سعة الذاكرة الرقمية (أمامية وعكسية من مقياس وكسلر للراشدين) ومجموع المقياسين . كذلك يتضح أن هناك فرقا لصالح المجموعة الضابطة على مقياس الخلل العضوي (بندر جشطلت) وكذلك مقياس الإدراك والذاكرة وأيضا كفاءة الأداء الحركي للرسم .

ب - جاء الفرق لصالح المجموعة الضابطة أيضا على مقياس الجاذبية الشخصية (مقياس الكذب من استخبار ايزنك للشخصية E. P. Q.) وكذلك مقياس الإنسباط في الإتجاه العكسي وهو يشير إلى زيادة الميول الإنسباطية لدى مجموعة المتعاطين وإذا ما قارنا ذلك بوجود فرق لصالح مجموعة المتعاطين على مقياس العصائية كان تفسير ذلك أن متعاطي الكحوليات أميل إلى العرض النفسي في سياق السلوك المستيري . هو ما يزداد تأكدا من خلال الفرق الدال لصالح المتعاطين على مقياس القابلية للإيحاء وهو مقياس مشبع على زيادة القابلية للتأثر والإستشارة والعصائية وتتسق هذه النتيجة مع نظرية ايزنك في الشخصية (تركي ١٩٨٦ ، م 1975 Eysenck) .

٢- أ - عند مقارنة أداء المجموعة الضابطة على المقاييس بأداء مجموعة متعاطي الحشيش يتضح أن النتائج تمضي في نفس الاتجاه بالنسبة لمقاييس السلوك الحركي وذاكرة الأرقام والخلل العضوي .

ب - وإذا انتقلنا إلى مقاييس الشخصية نجد أن الفروق وإن كانت في معظمها غير دالة إلا أنها تمضي في نفس اتجاه النتائج المذكورة سابقا في (١) . بالإضافة إلى تفوق مجموعة متعاطي الحشيش في الميول الإجرامية ، وهو ما يتضح من وجود فرق دال لصالح المتعاطين على مقياس الميول الإجرامية من استخبار ايزنك للشخصية Q. P. E. .

٣ - عند مقارنة أداء المجموعة الضابطة (مدخنين وغير مدخنين) بأداء المجموعة الخامسة (متعاطي جميع المخدرات) نلاحظ ما يلي :

أ - يوجد فرق دال في اتجاه تفوق أداء المجموعة الضابطة في السلوك الحركي (١) أما الذاكرة (وكسلر : المقاييس الثلاثة) فإن الفروق وإن كانت لصالح المجموعة الضابطة إلا أنها فروق غير دالة . وفي مقياس الخلل العضوي للدماغ (بندر جشطلت) فإن الأداء عليه جاء متفوقا لحساب المجموعة الضابطة أيضا وإن كانت الدلالة فقط لحساب الأداء التذكيري .

ب - وفيما يتعلق بمقاييس الشخصية فإن الفروق كلها كانت لصالح مجموعة المتعاطين بمعنى وجود اختلال في خصائص الشخصية ، وقد جاءت الفروق دالة فقط على مقاييس زيادة الإنسباط وعلى مقاييس القابلية للإيحاء (منسوتا) وهو كما ذكرنا مقياس مشبع على القابلية للتأثر والعصابية .

أما بالنسبة لمقاييس مقارنة الأطوال لم نجد أي فروق دالة وكذلك فيما يتعلق بالعمر والتعليم .

ومفاد ذلك أن مقاييس الأطوال غير حساسة (وهي مقاييس للإدراك) للكشف عن الفروق بين المجموعات ، كما أن العمر بين المجموعتين المستخدمين لم يفرز فروقا وهذا أمر يحسب لصالح البحث، والتعليم كذلك لم

نجد فروقا بين المجموعتين عليه وهو أمر له أهمية ، حيث قد اتضح من عدد من الدراسات أن التعليم يفرز تأثيرا معينا على الأداء على بعض المقاييس ، وهذا ما سوف نتوقف عنده بالتعليق عندما توجد مناسبة في سياق عرضنا وتعليقنا على النتائج .

٤ - عند مقارنة أداء المجموعة الضابطة بأداء مجموعة المتعاطين (مجموعة رقم ٦ وهم متعاطو الكحول والحشيش والحبوب) نلاحظ ما يلي :

أ - بالنسبة لمقاييس السلوك الحركي وجد فرق دال على المقياس الأول ولم توجد فروق دالة على مقاييس الذاكرة الرقمية . أما مقياس الخلل العضوي (بندر جشطلت) فقد جاءت الفروق عليه دالة بالنسبة لمقاييس الثقل (النسخ) والاستدعاء (التذكر) . وإذا تذكرنا أن هذا المقياس هو مقياس للإدراك والتذكر والسلوك الحركي (الأداء بالرسم من خلال نسخ الأشكال المرسومة أمامه ثم تذكرها مرة أخرى وإعادة رسمها) فإنه من الممكن القول أن هناك خللا ما في الإنتباه والإدراك والتذكر والأداء الحركي مرتبط بتعاطي عدة أنواع من المخدرات (ك+ ش+ ب كحول وحشيش وحبوب) .

ب - وبالنسبة لمقاييس الشخصية ظهر من مقارنة أداء المتعاطين (ك ش ب) بغير المتعاطين ارتفاع الإنبساط (أو انخفاض الإنطواء) لدى المتعاطين مع ارتفاع درجة العصابية أيضا لدى المتعاطين وبفرق دال على الأقل بعد ٠٠٥ كما اتضح أيضا وجود ميل إجرامية متفوقة لدى هذه المجموعة على المجموعة الضابطة .

محمل القول في تشخيص سلوك هذه المجموعة أن هناك اختلالا في وظائف الإنتباه والإدراك والتذكر والأداء الحركي مع ميل إلى الإنبساط والسلوك السيكوباتي (الإجرام) . ومرة أخرى تتسق هذه النتائج مع نظرية آيزنك في الشخصية وكذلك مع الدراسات التي دارت حولها .

٥ - وإذا انتقلنا إلى مقارنة أداء المجموعة الضابطة (مدخنين وغير مدخنين) بأداء مجموعة متعاطي (الكحول+ الحشيش+ الأفيون+ أخرى) نلاحظ ما

يلي :

أ - وجود فرق دال وفي اتجاه تفوق المجموعة الضابطة في الأداء الحركي . وعلى مقياس بندر جشطلت (خلل الإدراك والذاكرة والسلوك الحركي) وجد أيضا انخفاض في مستوى أداء المتعاطين وبدرجة دالة عن أداء المجموعة الضابطة وهي نفس النتيجة الخاصة بمتعاطي (ك ش ب) السابقة .

ب - في مجال مقاييس الشخصية وجد ميل ظاهر وبشكل دال لتفوق المجموعة التجريبية في متغير الإنسباط في نفس اتجاه النتائج السابقة أي زيادة الإنسباط عند مجموعة المتعاطين . وفيما عدا ذلك لم توجد فروق في متغيرات الشخصية . ومن الواضح أن هذه المجموعة (المجموعة رقم ٧) مجموعة ذات تعاطي من نوع خاص ربما يكون في سياق الهواية بحيث لا يكون هناك تركيز على مخدر معين ، بل يتم تعاطي أي مخدر يتم العثور عليه وهذا واضح من استقراء الإجابات على السؤال رقم (٨) بإستبانة البحث حيث اتضح أن مثل هؤلاء الأفراد ليس لديهم شكل منظم للتعاطي لنوع محدد من المخدرات .

٦ - نتقل الآن لمقارنة أداء المجموعة الضابطة بأداء مجموعة التعاطي (كحول+ حشيش) .

أ - الأداء على مقاييس الحركية : تظهر المقارنة بين أداء المجموعتين أن هناك تفوقا في أداء المجموعة الضابطة وبشكل دال إحصائيا على مقاييس الأداء الحركي ثم على مقاييس ذاكرة الأرقام الثلاثة ولكن بشكل دال على مقاييس الذاكرة العكسية والمجموع . كذلك تفوقت المجموعة الضابطة على المجموعة التجريبية في الأداء على مقاييس جشطلت (نسخ واستدعاء) .

ب - لم توجد فروق دالة على مقاييس الشخصية بين المجموعتين التجريبية والضابطة (أي مجموعة المتعاطين ومجموعة غير المتعاطين) .

بهذا نكون قد انتهينا من مقارنة أداء المجموعة الضابطة بالمجموعات

الأخرى التي أجريت عليها الدراسة ومن الواضح أن الفروق في معظمها جاءت من مقارنة أداء المجموعة الضابطة بأداء مجموعة متعاطي الحشيش ومجموعة متعاطي الكحول ، وهذان النمطان السائدان للتعاطي في البيئة الكويتية .

أما مقارنة أداء المجموعة الضابطة بأداء باقي المجموعات الذين يتعاطون بدائل من بين الكحول والحشيش والأفيون والحبوب فلم تسفر (هذه المقارنة) عن وجود فروق أكثر بروزاً مما ظهر عند مقارنة المجموعة الضابطة بمتعاطي الكحول (فقط) أو متعاطي الحشيش (فقط) بل أن الأمر اللافت للنظر هو ضالة الفروق بين أداء المجموعة الضابطة وأداء باقي المجموعات على المقاييس المختلفة ، وهذه نقطة تحتاج إلى مزيد من المناقشة قد نعود إليها فيما بعد .

ثانياً : مقارنة أداء مجموعة الكحوليين بباقي المجموعات

رأينا من المقارنات السابقة أن أداء المجموعة الضابطة قد اختلف وبشكل دال عن أداء مجموعة الكحوليين وذلك في اتجاه التدهور لدى الكحوليين (والمقصود بالتدهور في هذا السياق هو الانخفاض في الأداء عن معدل الأسوياء . وحين نقارن أداء الكحوليين بأداء باقي المجموعات (غير الضابطة) نلاحظ ما يلي :

١ - الكحوليون ومتعاطو الحشيش (مجموعة ٣ ومجموعة ٤) ربما يلفت النظر أن اتجاه الإضطراب الموجود عند الكحوليين مقارنة بالمجموعة الضابطة شبيه بما عند متعاطي الأصناف الأخرى من المخدرات ، وهذا ما قد يتبادر إلى الظن من مجرد مقارنة أداء المجموعة الضابطة بأداء كلتا المجموعتين ولكن عند مقارنة أداء مجموعة الكحوليين بأداء مجموعة متعاطي الحشيش يتضح لنا أن هناك تبايناً واضحاً يكشف عن نفسه على النحو التالي :

أ - بالنسبة لمقاييس السلوك الحركي لم توجد فروق دالة بين أداء المجموعتين وهذا معناه أن حجم الإضطراب يكاد يكون متشابهاً داخل المجموعتين مع ميل إلى زيادته لدى مجموعة الكحوليين .

وبالنسبة لمقاييس الذاكرة الرقمية (أمامي ومجموع) فقد اتضح أن أداء الكحوليين عليها أسوأ من أداء متعاطي الحشيش وهذا معناه أن حجم الخلل عند الكحوليين أكبر مما هو موجود لدى متعاطي الحشيش

وبالنسبة لمقاييس التلف العضوي (بندر جشطلت) وما يرتبط به من مظاهر سلوكية (إدراك وانتباه وذاكرة وأداء حركي) فقد كشفت هذا المقياس بمكليه (النقل والإستدعاء) عن تزايد الخلل لدى متعاطي الكحوليات مقارنةً بمتعاطي الحشيش وليس معنى هذا أن تعاطي الحشيش أكثر صحية أو أقل ضرراً . . . الخ ولكن المعنى الذي تبرزه تلك النتيجة مضافة إلى النتائج السابقة في (أولاً) أن كليهما مضر وأن تعاطي كل منهما على حدة يرتبط بالخلل في السلوك المعرفي والحركي ولكن من الواضح أن الوظائف النفسية (معرفية وحركية) أكثر حساسية من حيث إيجابية الخلل عند متعاطي الكحوليات .

ب - وفي مجال مقاييس الشخصية ظهر أن الكحوليين أكثر عصابية من متعاطي الحشيش وهذا معناه أن متعاطي الحشيش أقل اضطراباً من الكحوليين ، (وإن كان الفرق لم يصل إلى مستوى الدلالة) . كما اتضح أن الكحوليين أكثر ميلاً لسلوك الإنسباط (وبشكل دال) وأيضاً للسلوك الإجرامي ، كما أن متعاطي الحشيش أكثر ميلاً للقابلية للإيحاء (أي القابلية للتأثر) من الكحوليين .

والنتائج بهذا الشكل تكاد تقدم إلينا غطية تباين بين المتعاطين من حيث الشخصية فالكحولي أكثر عصابية وأكثر انبساطاً ومتعاطي الحشيش أقل عصابية وأكثر انطواءً وأكثر أيضاً قابلية للإيحاء ويتجميع هذه الجزئيات من النتائج معاً نلاحظ أن متعاطي الحشيش أقل تدهوراً في السلوك المعرفي والحركي من متعاطي الكحوليات ولكن أكثر انطواءً وقابلية للإيحاء .

٢ - مقارنة الكحوليات بالمجموعة ٥ (متعاطي الكحول + الحشيش + الأفيون +

(الحبوب) تشير النتائج التي يعرضها الجدول إلى ما يلي :

أ - أنه بالنسبة للسلوك الحركي (مقياس ٢١) ظهر أن الكحولين :أشد تدهوراً وبشكل دال من المجموعة الخامسة .

ب - ظهر أيضاً أن مجموعة الكحولين :أشد تدهوراً في الذاكرة الرقمية مقياس (٣) الذاكرة الأمامية وفي مقياس ٥ الذاكرة الرقمية الكلية (أمامي وعكسي) .

ج - في مجال قياس آثار التلف العضوي (بندر جشطلت) للإدراك والتذكر والتأزر الحركي ظهر من المقياسين المستخدمين (نسخ وتذكر) أن أداء أفراد مجموعة التعاطي المتعدد أفضل من أداء مجموعة تعاطي الكحول (فقط) . وهذا معناه ارتباط ازدياد التدهور مع تعاطي الكحول بمفرده ، بأكثر من ارتباطه بتنوع التعاطي .

د - بالنسبة لخصائص الشخصية يتضح أن مجموعة تعدد التعاطي (٥) أكثر ميلاً للكذب أو للجاذبية الإجتماعية من مجموعة الكحولين ، كما أنهم أكثر ميلاً للإنبساط وهذا معناه ازدياد درجة الإنطواء (مقلوب الإنبساط) عند الكحولين . ومن الملاحظ أيضاً أن متعددي التعاطي أكثر ميلاً للقابلية للإيحاء من الكحولين .

وإيجاز فإن تعدد التعاطي يرتبط بالكذب والإنبساط والقابلية للإيحاء ، وذلك عند مقارنة ذلك بتعاطي الكحول فقط .

هـ - ظهر أيضاً أن مجموعة تعاطي الكحول أكثر ميلاً لإصدار أخطاء أكثر في مقارنتهم للأطوال وذلك في اتجاه الميل إلى التطويل .

٣ - مقارنة الكحولين (مجموعة ٣) بمتعاطي الكحول والحشيش والحبوب (مجموعة رقم ٦) .

المجموعة (٦) تختلف عن المجموعة (٥) في أنها متعددة التعاطي فيما عدا تعاطي الأفيون . وبمقارنة أداء هذه المجموعة على المقاييس المستخدمة بأداء مجموعة الكحولين نلاحظ ما يلي :

أ - انخفاض الأداء الحركي للكحوليين وكذلك تدهور الذاكرة المباشرة (وبشكل دال) لديهم . ومن الملاحظ أيضاً تدهور باقي أنماط الذاكرة بشكل يكاد يصل إلى مستوى الدلالة في الذاكرة الكلية (ت ١٩٥) لدى مجموعة الكحوليين وهذا معناه أن تعاطي الكحول فقط يرتبط بالضرر الأكبر على السلوك الحركي والذاكرة (وهي نقطة ستتناولها بالمناقشة فيما بعد) .

ب - أما في السلوك المرتبط بالتلف العضوي لبعض مراكز الدماغ (بندر جشطلت) فقد ظهر أيضاً أن تعاطي الكحول أكثر تدهوراً - ولكن الفروق لم تصل إلى مستوى الدلالة - من متعاطي أكثر من عقار .

ج - وينطبق نفس الأمر أيضاً على مقاييس الشخصية (استخبار آيزنك للشخصية) حيث لم توجد فروق دالة بين المجموعتين . ويعني هذا أن مجموعة التعاطي المتعدد أكثر تدهوراً في خصائص الشخصية من مجموعة تعدد التعاطي الأقل (ناقص الأفيون) . ولكن لوحظ أنه على مقياس القابلية للإيحاء (من منسوتا للشخصية) ظهر أن متعددي التعاطي (مجموعة ٦) أكثر قابلية للإيحاء من متعاطي الخمور فقط .

ومناقشة النتائج التي وردت في هذا القسم بنتائج المقارنة السابقة (مجموعة ٣ بالمجموعة ٥ مجموعة تعدد التعاطي الكامل) نلاحظ أن التدهور أكثر وضوحاً في مجموعة الكحوليين .

٤ - مقارنة أداء الكحوليين بأداء تعدد التعاطي (ج ٧) على المقاييس النفسية . المجموعة السابعة وهي مجموعة تعدد أنماط التعاطي (كحول حشيش أفيون) أي تختلف عن المجموعة (٦) في أنها تتعاطى الأفيون بدلاً من الحبوب . ويفحص قيم (ت) نلاحظ ما يلي :

أ - ارتفاع معدل التدهور لدى المجموعة (٣) الكحوليين على الأداء الحركي (١) وإن لم يكن دالاً وعلى الأداء الحركي (٢) وقد جاء الفرق دالاً .

ب - بالنسبة لذاكرة الأرقام جاء التدهور لمجموعة الكحوليين (٣) أيضاً أكبر مما وجد لدى مجموعة تعدد التعاطي على الذاكرة الأمامية والمجموع .

ج - بالنسبة لمقياس بندر جشطلت (الإدراك والتذكر والتأزر الحركي) جاء أداء مجموعة الكحوليين أسوأ من مجموعة متعددي التعاطي .

د - بالنسبة لمقاييس الشخصية (آيزنك) وجد بالنسبة لمقياس الجاذبية أن متعددي التعاطي أكثر ميلاً للكذب (أو للجاذبية الشخصية) من متعاطي الكحول ، وفي مجال العصائية لم يوجد فرق . ووجد فرق لصالح متعددي التعاطي في الإنسباط . ومعنى هذا زيادة الإكتئاب أو الإنطواء لدى الكحوليين مقارنة بمجموعة التعاطي المتعدد .

هـ - وجد أيضاً فرق لصالح متعددي التعاطي في مقياس القابلية للإيماء .

و - في مجال مقارنة الأطوال (مقياس ٦) وجد فرق لصالح الكحوليين وفي اتجاه ميلهم لأن يكونوا أكثر استعداداً للخطأ في اتجاه التطويل من مجموعة متعددي التعاطي (ج ٧) .

٥ - مقارنة أداء مجموعة الكحوليين (مجموعة ٣) بأداء المجموعة ٨ (مجموعة تعاطي الكحول والحشيش) .

باستقراء قيم (ت) الواردة بالجدول يمكن ملاحظة ما يلي :

أ - انخفاض أداء الكحوليين على مقاييس السلوك الحركي وبشكل جوهري على المقياس الثاني (. . . التنقيط) .

ب - أما بالنسبة لمقاييس ذاكرة الأرقام الثلاثة فقد وجد أن أداء الكحوليين أسوأ من أداء مجموعة تعدد التعاطي (حشيش + كحول) وبشكل دال على الذاكرة الأمامية ومجموعة التذكر .

ج - بالنسبة لمقياس بندر جشطلت بشقية النسخ والتذكر وجد أن أداء الكحوليين أيضاً أسوأ من أداء مجموعة الحشيش والكحول .

د - بالنسبة لمقاييس الشخصية وجد أن الكحوليين أقل كذباً وأقل عصائية

وأقل انبساطاً من مجموعة الحشيش والكحول .

هـ - وجد أيضاً أن مجموعة الكحوليين أقل من حيث القابلية للإيحاء من المجموعة الأخرى .

ومن الواضح مرة أخرى أن مجموعة الكحوليين أكثر تدهوراً في السلوك الحركي والمعرفي ، ولكنهم أقل تدهوراً من حيث خصائص الصحة النفسية من المجموعة الأخرى فهم أقل عصابية وأقل قابلية للإيحاء ولكنهم أقل انبساطاً من مجموعة الحشيش والكحول .

ثالثاً : مقارنة المجموعة الرابعة (الحشيش) بباقي المجموعات

لاحظنا من قبل عند مقارنة المجموعة الرابعة بالمجموعة الأولى أن مجموعة تعاطي الحشيش أسوأ أداء على مقاييس السلوك الحركي وعلى الذاكرة وعلى مقياس بندر جشطلت للإدراك والذاكرة والتأزر الحركي وهم أكثر ميلاً للسلوك الإجرامي .

كذلك لاحظنا عند مقارنتهم بمتعاطي الخمر (مجموعة ٣) أنهم أفضل أداء على مقاييس السلوك الحركي والمعرفي ، وكانوا أكثر ارتفاعاً في الانبساط ، كما كانوا أكثر قابلية للإيحاء (زيادة الحساسية النفسية) ، كما أنهم كانوا أكثر ميلاً للخطأ في تقدير الأطوال في اتجاه التطويل .

والآن وعند إجراء المقارنات المتبقية مع المجموعات الأخرى نلاحظ ما يأتي :

١ - عند مقارنة أداء المجموعة الرابعة بأداء المجموعة (٥) (تعاطي متعدد لأربع عقاقير) نجد ما يأتي :

أ - بالنسبة للسلوك الحركي نجد أن أداء المجموعة الأخرى (مجموعة تعدد التعاطي) على مقاييس السلوك الحركي أفضل ولم تظهر فروق دالة على باقي مقاييس السلوك الحركي والمعرفي الأخرى .

ب - بالنسبة لاستخبار آيزنك للشخصية لم تظهر فروق دالة على جميع المقاييس ووجد فرق دال على مقياس القابلية للإيحاء (منيسوتا

للشخصية) في اتجاه إرتفاع درجة المجموعة الخامسة وضالة درجة
مجموعة تعاطي الحشيش .

٢ - مقارنة أداء مجموعة تعاطي الحشيش (٤) بأداء المجموعة (٦) (كحول
وحشيش وحبوب) .

بمراجعة الجدول يتضح عدم وجود أي فروق دالة بين المجموعتين
على أي مقياس من المقاييس المستخدمة في الدراسة .

٣ - مقارنة أداء مجموعة تعاطي الحشيش (٤) بأداء المجموعة (٧) (كحول
وحشيش وأفيون) .

وتظهر المقارنة عدم وجود أي فروق دالة على مقياسين هما مقياس
السلوك الحركي (٢) في اتجاه تفوق مجموعة (تعدد التعاطي) ومقياس
السلوك الإجرامي في اتجاه تفوق درجة متعاطي الحشيش .

٤ - مقارنة أداء مجموعة تعاطي الحشيش (مجموعة ٤) بالمجموعة ٨ (حشيش
وكحول) .

بمراجعة النتائج يتضح لنا أن أداء المجموعة (٤) يتماثل مع أداء
المجموعة (٨) إلا في مقياسين هما مقياس السلوك الحركي (٢) في اتجاه
تفوق أداء المجموعة ٨ (حشيش وكحول) وكذلك مقياس بندر جشطلت
للسنخ وفي اتجاه تفوق أداء مجموعة الحشيش .

ولا توجد أية فروق دالة على باقي مقاييس السلوك الحركي أو
المعرفي أو خصائص الشخصية .

تعليق مبدئي على مقارنات مجموعة الحشيش بباقي المجموعات

تظهر المقارنات السابقة أن مجموعة الحشيش منفردة ومتميزة ولكن التشابه
بين أدائها وأداء المجموعات الأخرى (من غير الكحوليين) يشعرنا بأنه من
المحتمل أن تلك المجموعات هي مجموعات تعاطي الحشيش أصلاً ولكنها تلجأ
إلى تعاطي العقاقير الأخرى عندما لا تجد الحشيش ، وقد يفسر ذلك عدم وجود
فروق بين تلك المجموعات ومجموعة تعاطي الحشيش ، وعلى عكس ما ظهر من

وجود فرق بين أداء تلك المجموعات ومجموعة تعاطي الكحوليات .

رابعاً : مقارنة أداء المجموعة رقم (٥) تعاطي كل المخدرات بأداء باقي المجموعات .

أظهرت مقارنة أداء المجموعة رقم (٥) بأداء المجموعة رقم (١) المجموعة الضابطة وجود فرق في السلوك الحركي (١) لصالح المجموعة الضابطة وفي مقياس بندر جشطلت لصالح المجموعة الضابطة أيضاً . كما وجد أن الضابطة أقل عصابية وأقل إجراماً من المجموعة (٥) بمجموعة تعدد التعاطي الكامل .

وعند مقارنة أداء المجموعة (٥) تعدد التعاطي بأداء المجموعة (٣) الكحوليين وجدت فروق على معظم المقاييس الحركية والمعرفية والمزاجية . فقد وجد أن أداء الكحوليين أسوأ على السلوك الحركي ١ ، ٢ وعلى الذاكرة (أمامي وكلي) وعلى بندر جشطلت (نسخ وتذكر) كما أن الكحوليين كانوا أكثر خطأ عند قيامهم بمقارنة الأطوال .

وبالنسبة للشخصية وجد أن الكحوليين أقل كذباً وأقل عصابية وأقل قابلية للإيحاء .

أي أنهم أشد تدهوراً من الناحية المعرفية والحركية وأقل اضطراباً في النواحي المزاجية .

وعند مقارنة أداء المجموعة (٤) تعاطي الحشيش بالمجموعة (٥) تعدد التعاطي وجد أن الفروق كانت لصالح المجموعة (٥) على ٣ مقاييس فقط وهي السلوك الحركي ١ ، ٢ كما كانت المجموعة (٤) أيضاً أقل قابلية للإيحاء (والفروق بهذا الشكل ليست قوية) .
والآن :

١ - مقارنة أداء المجموعة (٥) بأداء المجموعة (٦) مجموعة الكحول والحشيش والحبوب نلاحظ عدم وجود أي فروق دالة إلا على مقياس واحد هو مقياس الإنسباط لصالح المجموعة (٥) .

٢ - وبمقارنة أداء المجموعة (٥) بأداء المجموعة (٧) كحول وحشيش وأفيون لا نجد أي فرق بين أداء المجموعتين .

٣ - وبمقارنة أداء المجموعة (٥) بالمجموعة (٨) كحول وحشيش لا نجد إلا فرقين على مقياس بندر جشطلت لصالح المجموعة (٥) والقابلية للإيحاء لصالح المجموعة (٥) أيضاً .

تعليق مبدئي على نتائج مقارنات أداء المجموعة (٥)

من الواضح أن هذه المجموعة (تعاطي كل المخدرات) تختلف عن مجموعة الكحوليين ولكنها تتشابه في الأداء مع باقي المجموعات الأخرى ، وربما كانت هذه المجموعة أيضاً هي مجموعة تعاطي الحشيش كما سبق وذكرنا من قبل خاصة وأن أداءها مقارناً بأداء المجموعة (٤) مجموعة تعاطي الحشيش يكاد يكون متشابهاً على جميع المقاييس فيما عدا اثنين فقط .

خامساً : مقارنة أداء المجموعة (٦) (ك ش ب) بأداء المجموعات الأخرى

ظهر من المقارنات السابقة أن المجموعة (٦) مجموعة تختلف إلى حد ما عن المجموعة (١) المجموعة الضابطة في السلوك الحركي (١) لصالح الضابطة وفي بندر جشطلت أيضاً لصالح الضابطة . ومن حيث مقياس الشخصية وجد أنهم أكثر عصابية من الضابطة وأقل انبساطاً (أكثر انطواء) من الضابطة .

كذلك عند مقارنتهم بالمجموعة (٣) « الكحوليين » وجدت فنروق حاسمة على معظم المتغيرات تشير إلى أن مجموعة الكحوليين أسوأ على بعض مقاييس السلوك الحركي والمعرفي (سلوك حركي ٢ وذاكرة أمامية) كما أنهم (الكحوليين) أقل قابلية للإيحاء وبهذا يتشابه أداء هذه المجموعة مع أداء مجموعة الكحوليين على معظم مقاييس الدراسة .

وعند مقارنة أدائهم بأداء المجموعة (٤) تعاطي الحشيش تبين عدم وجود أي فروق بينهما في أداء المقاييس المستخدمة في الدراسة .

- وبمقارنة أدائهم أيضاً بأداء المجموعة (٥) (ك) لم توجد أيضاً أية

فروق إلا على مقياس الإنبساط في اتجاه إرتفاع الإنبساط عند المجموعة (٥) .
أما بالنسبة لأداء المجموعة (٧) (كحول حشيش أفيون) فتظهر مقارنة أداء المجموعة (٦) بأدائهم عدم وجود فروق بالنسبة للسلوك الحركي والمعرفي بين المجموعتين ويوجد فرق فقط في السلوك الذهاني والسلوك الإجرامي لصالح المجموعة (٦) بمعنى أن المجموعة (٦) (كحول وحشيش وجوب) مقارنة بالمجموعة (٧) كحول وحشيش وأفيون أكثر ميلاً للذهان والإجرام . وهي نتيجة أقرب ما تكون إلى النتائج التي تأتي نتيجة للصدفة ، ويمكن أن تصنف في أطر مجموعتي الكحول (٣) أو الحشيش (٤) وهو الأقرب الى الظن أيضاً ولكنها تميل إلى تعاطي الأنواع الأخرى عندما تعوزها الحاجة أو لا تجد مخدراً الأصلي (الخمر أو الحشيش) .

سادساً : مقارنة أداء المجموعة (٧) « خمر وحشيش وأفيون بأداء باقي المجموعات

أظهرت نتائج المقارنة والتي تم عرضها من قبل أن هذه المجموعة مقارنة بباقي المجموعات تتميز بما يلي :

أ - عند مقارنتها بالمجموعة الضابطة على السلوك الحركي والمعرفي وسمات الشخصية فقد كان أداؤها أسوأ على السلوك الحركي (١) وعلى بندر جشطلت (نسخ وتذكر) . وفي سمات الشخصية تتميز بأنها أكثر عصابية .

ب - وفي مقارنتها بالمجموعة (٣) متعاطي الكحوليات ظهر أن متعاطي الكحوليات ذوو أداء أسوأ على متغيرات السلوك الحركي والذاكرة الرقمية الأمامية والذاكرة الرقمية الكلية وعلى اختبار بندر جشطلت (نسخ وتذكر) . كما أن أعضاء هذه المجموعة أداؤهم أفضل على مقياس الكذب مقارنة بمجموعة الكحوليين ونفس الأمر في مقياس الإنبساط أي أنهم أكثر انبساطاً وأقل انطواء من الكحوليين وكذلك القابلية للإيحاء وهم أقل أخطاء في تقدير الأطوال (تطويل) .

ج- وعند مقارنة أداء المجموعة (٧) بأداء المجموعة (٤) «متعاطي الحشيش» ظهر أنه من بين (١٦) مقارنة لم يوجد إلا فرقين دالين هما السلوك الحركي (٢) لصالح المجموعة (٧) والميل للإجرام (متغير ١٢) لصالح متعاطي الحشيش . وعلى هذا يمكن اعتبار هذه المجموعة أكثر شبهاً بمتعاطي الحشيش .

د- وعند مقارنة أداء المجموعة (٧) بأداء المجموعة (٥) «كل المخدرات» لم توجد أي فروق بينها إلا على مقياس ١٣ القابلية للإجاء لصالح المجموعة (٧) .

هـ- بمقارنة أداء المجموعة (٧) بأداء المجموعة (٦) «كحول حشيش حبوب» لم توجد فروق إلا على مقياس الذهانية والإجرام لصالح المجموعة (٦) وكما ذكرنا من قبل فإن أداء هذه المجموعة (٦) والمجموعة (٥) والمجموعة (٧) يعتبر مشابهاً لأداء مجموعة تعاطي الحشيش .

و- وعند مقارنة أداء المجموعة (٧) بأداء المجموعة (٨) «كحول وحشيش» لم توجد أي فروق .

وكما هو واضح من هذه المقارنات أن المجموعة (٧) تتشابه إلى حد كبير مع المجموعات ٥ ، ٦ ، ٨ وهي المجموعات التي تتشابه بدورها مع المجموعة (٤) مجموعة تعاطي الحشيش ، ومن ثم يمكن اعتبار هذه المجموعات من حيث الإنتهاء السيكلوجي ذات موقع يدخل في نطاق سلوكيات متعاطي الحشيش ، سواء من حيث السلوك الحركي أو الذاكرة أو الإنتباه والإدراك والتأخر الحركي أو الشخصية بمتغيراتها المختلفة .

سابعاً : مقارنة أداء المجموعة (٨) كحول وحشيش بأداء باقي المجموعات
أبرزت المقارنات السابقة أن الفروق بين المجموعات (٨) وبين المجموعة الضابطة قد جاءت على السلوك الحركي (٦) لصالح الضابطة وعلى الذاكرة (الكلية) لصالح الضابطة أيضاً وعلى إختبار بندر جشطلت (إدراك

وذاكرة وتأزر) لصالح الضابطة ولم توجد فروق عن متغيرات الشخصية وباقي المقاييس الأخرى .

- وعند مقارنة أداء المجموعة (٨) بأداء مجموعة الكحوليين فقط (مجموعة ٣) وجد أن أداء الكحوليين أسوأ على معظم المقاييس المستخدمة للسلوك الحركي والمعرفي . كما وجد أن الكحوليين أقل كذباً وأكثر عصابية وأكثر انطواء وأقل قابلية للإيحاء .

بمعنى آخر توجد فروق بين أداء هذه المجموعة (كحول وحشيش) ومجموعة الكحوليين .

- وبمقارنة أداء المجموعة (٨) بالمجموعة (٤) (حشيش فقط) نلاحظ أن الفروق توجد فقط على مقياسين اثنين من بين كل المقاييس وهذا يوحي بأن هذه المجموعة أقرب ما تكون إلى مجموعة تعاطي الحشيش .

- وعند مقارنة أداء هذه المجموعة بأداء المجموعة (٥) « كل العقاقير » نلاحظ أنه من بين ١٦ مقارنة لم نجد إلا فرقتين هما المتغير ٦ بندر جشطلت (نسخ) والمتغير (١٣) القابلية للإيحاء والفرق لصالح المجموعة (٥) أي أن المجموعة (٨) أسوأ في الإدراك وأقل قابلية للإيحاء .

- بمقارنة أداء المجموعة (٨) بأداء المجموعة (٦) « كحول وحشيش وحبوب » لم يوجد من بين ١٦ مقارنة إلا فرق واحد على المتغير ١٠ « الإنسباط » لصالح المجموعة (٨) وتكاد المجموعتان بهذا تكونان متشابهتين .

- وعند مقارنة أداء المجموعة (٨) « كحول وحشيش » بأداء المجموعة (٧) « الكحول وحشيش وأفيون » لم نثر على أي فرق دال وذلك من خلال فحص جميع المقادرات على المقاييس النفسية الستة عشر .

مرة أخرى نصل إلى نفس الإستنتاج الذي قدمناه من قبل : هو أن هذه المجموعة تنتمي مع المجموعات الأخرى ٥ ، ٦ ، ٧ إلى نفس النمطية السلوكية التي تنتمي إليها المجموعة (٤) مجموعة تعاطي الحشيش ومن الممكن في هذه الحالة افتراض أن هذه المجموعات ليست مجموعات مستقلة عن بعضها البعض

ولا عن مجموعة تعاطي الحشيش ، ولكنها مستقلة - كما هو واضح من المقارنات الإحصائية - عن المجموعة الضابطة ومستقلة أيضاً عن مجموعة تعاطي الكحول ، فيكون لدينا بهذا الشكل ثلاث مجموعات رئيسية هي :
أ - المجموعة الضابطة « وتضم مجموعتين فرعيتين المدخنين وغير المدخنين » (١ ، ٢) .

ب - مجموعة تعاطي الكحوليات (٣) .

ج - مجموعة تعاطي الحشيش (٤) ويمكن أن تضاف إليها المجموعات المستقلة ٥ ، ٦ ، ٧ ، ٨ .

تعليق ختامي على المقارنات بواسطة (ت) :

يتضح لنا من المقارنات السابقة أن مجموعة الكحوليين هي أسوأ المجموعات أداء على المتغيرات المستخدمة في الدراسة وخاصة المتغيرات المعرفية (الذاكرة والإدراك والانتباه) والمتغيرات الحركية ومتغيرات الشخصية ، إذ يظهر أنهم أكثر اضطراباً على مقاييس العصائية والإجرام والقابلية للإيحاء .

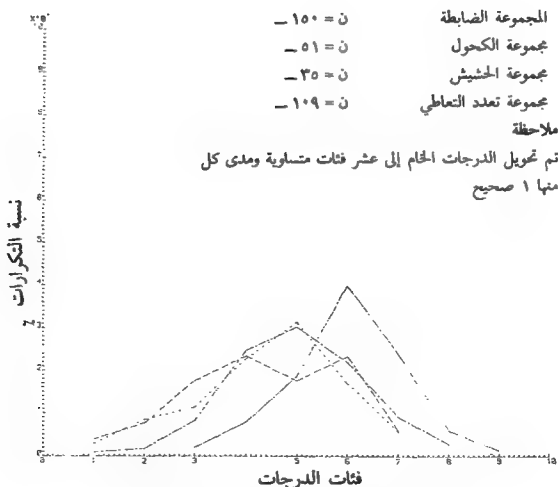
وتأتي بعد ذلك مجموعة تعاطي الحشيش وهي ذات أداء أشد اضطراباً من المجموعة الضابطة ولكن أقل من مجموعة الكحوليين .

وتتسق هذه النتائج مع النتائج التي توفرت من الدراسات السابقة والتي تمت الإشارة إليها في صدر هذا التقرير ومن أهمها الدراسة المصرية عن تعاطي الحشيش (هيئة بحث تعاطي الحشيش ، ١٩٦٠ ، ١٩٦٤ ، Soucif el al ، 1980 حنورة ١٩٨٦) .

ولا مجال هنا للقول بأن السبب في تدهور أداء الكحوليين ومتعاطي الحشيش (و المخدرات الأخرى) وهم جميعاً من مزمني التعاطي لا مجال للقول بأن السبب في تدهورهم هو تعاطي المخدرات والكحوليات ، ولكن من الممكن القول بوضوح أن أداءهم أشد تدهوراً أو أكثر اضطراباً من أداء المجموعة الضابطة ، أما عن السبب أو التعليل فهذا يحتاج منا إلى حذر واحتياط قبل الحسم بقرار نهائي ، فمن المعروف أن هناك أبعاداً متعددة تتفاعل فيما بينها

لإفراز سلوك التعاطي كما وضعنا عند حديثنا عن ديناميات هذا السلوك منها ما هو اجتماعي خاص بالبيئة والجماعة التي ينتمي إليها الفرد وما هو نفسي وجدائي وعقلي وحركي وما هو ذو أساس بيولوجي كامن في استعدادات الشخص البيولوجية وحينما توجد صيغة معينة للتفاعل بين هذه الأبعاد فمن الممكن أن يجد سلوك التعاطي متنفساً أو واقعاً ملائماً للظهور والتبلور .

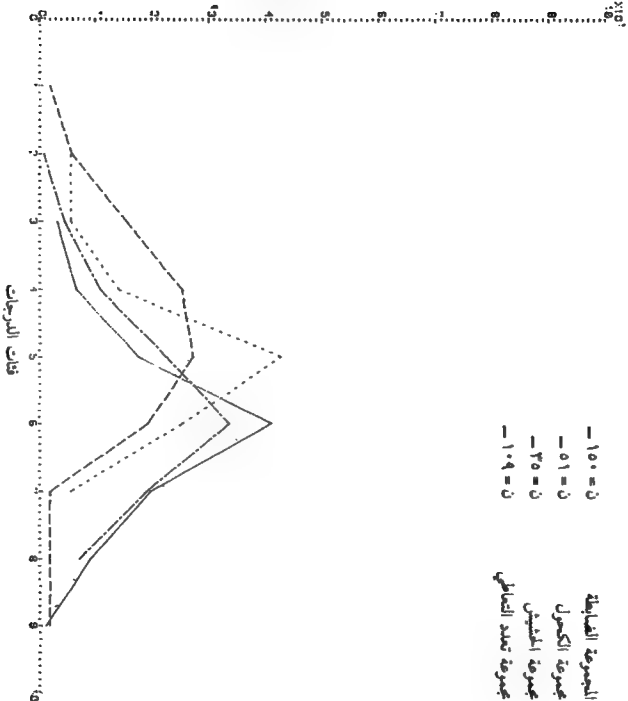
وتعرض الرسوم البيانية التالية للمقارنات الخطية بين أداء المجموعات الأربع التي تم دمجها وفقاً لما انتهت إليه نتائج المقارنات التفصيلية .



الشكل رقم (١) يبين الرسوم الخطوط (السلوك الحركي ١)

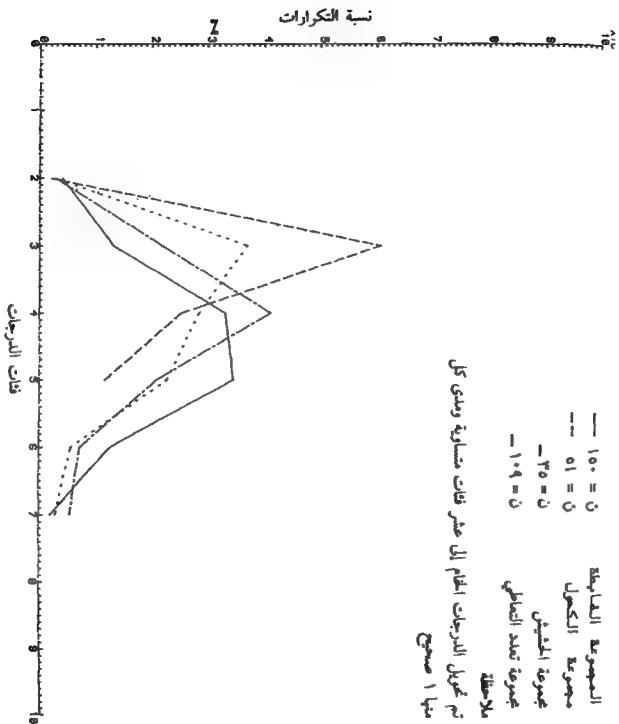
نسبة التكرارات

- $n = 150$ المجموعة الضابطة
- $n = 51$ مجموعة الكحول
- $n = 35$ مجموعة أطباء
- $n = 109$ مجموعة تعدد التماطي



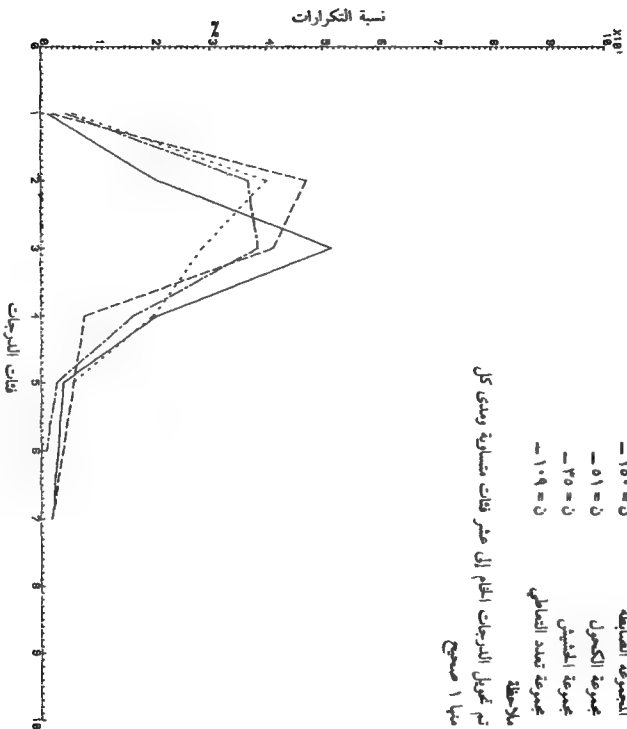
الشكل رقم (٧) يبين وضع النقاط (السلوك البرقي ٣)

المجموعة القابضة
 مجموعة الكحول
 مجموعة الحشيش
 مجموعة تعدد التعاطي
 ملاحظة
 تم تحويل الدرجات الخام إلى عشر فئات متساوية ومدى كل
 منها ١ صحيح



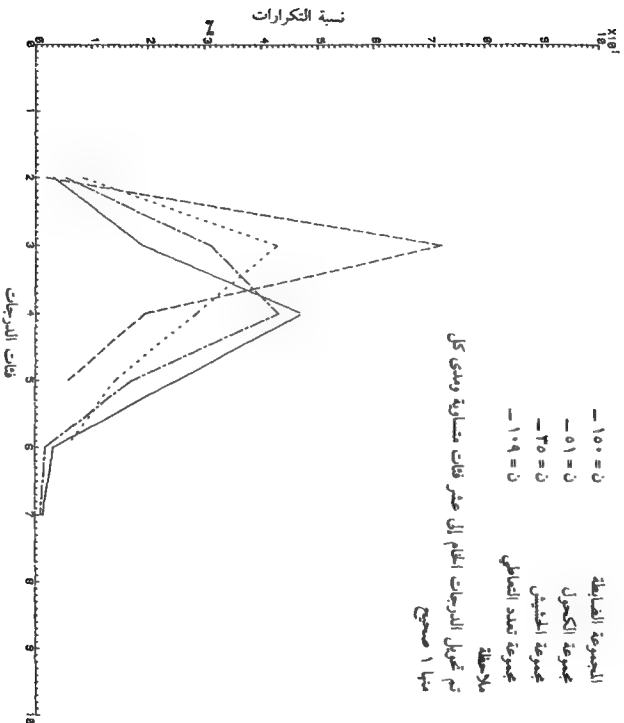
الشكل رقم (٣) بين المذاكرة الأمامية (وكسل)

المجموعة الضابطة
 مجموعة الكحول
 مجموعة المشفى
 مجموعة عدد التماهي
 ملاحظة
 تم تحويل الدرجات الخام إلى عشر فئات متساوية ومدى كل
 منها ١ صحيح



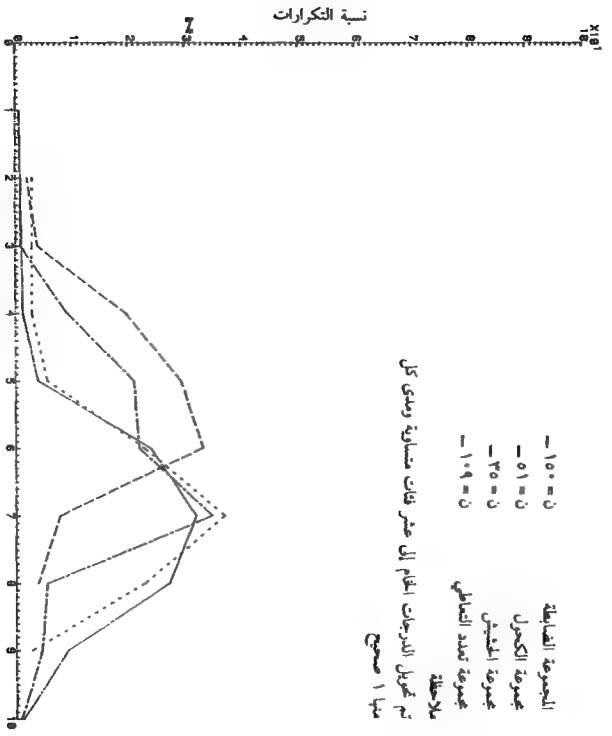
الشكل رقم (٤) يبين الذاكرة المكسبة (وكسلر)

المجموعة الضابطة
 - ١٥٠ = ن
 مجموعة الكحول
 - ٥١ = ن
 مجموعة الحشيش
 - ٣٥ = ن
 مجموعة تعدد التعاطي
 - ١٠٩ = ن
 ملاحظة
 تم تحويل الدرجات اعطام إلى عشر فئات متساوية وعلى كل
 منها ١ صحيح



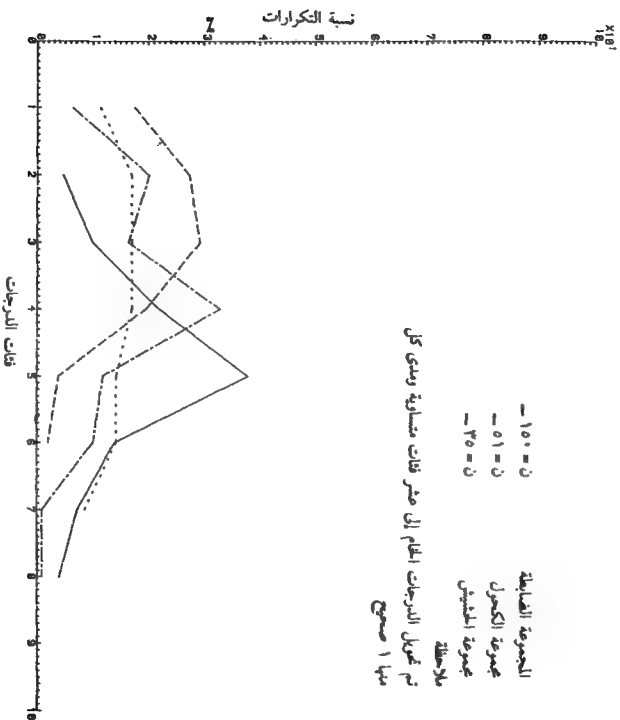
الشكل رقم (٥) بين الدائرة الكلية (وكسل)

المجموعة الضابطة
 مجموعة الكحول
 مجموعة الخيش
 مجموعة قعد التماطي
 ملاحظة
 تم تحويل الدرجات الخام إلى عشر فئات متساوية ومدى كل
 منها ١ صحيح



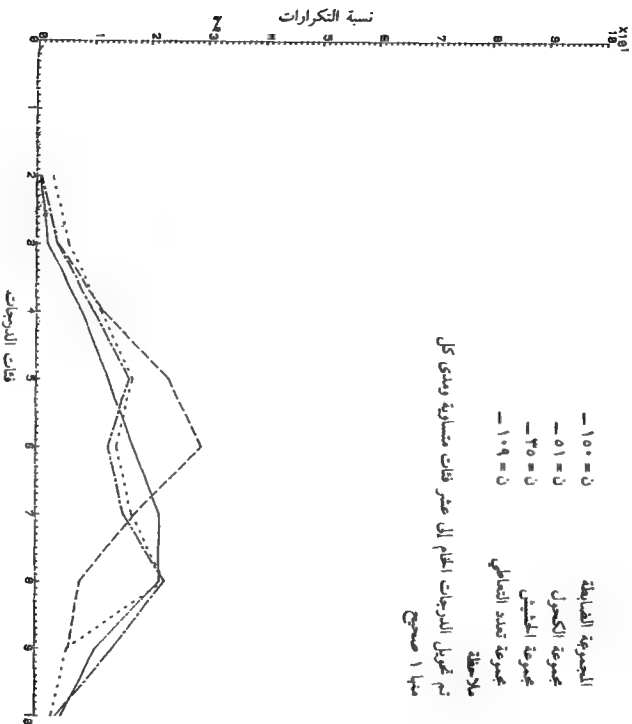
الشكل رقم (١) يبين بنسب جمعلت (نسب)
 فئات الدرجات

المجموعة الضابطة
 مجموعة الكحول
 مجموعة الخشيش
 ملاحظة
 تم تحويل الدرجات الخام إلى عشر فئات متساوية وبدأ كل
 منها ١ صحيح



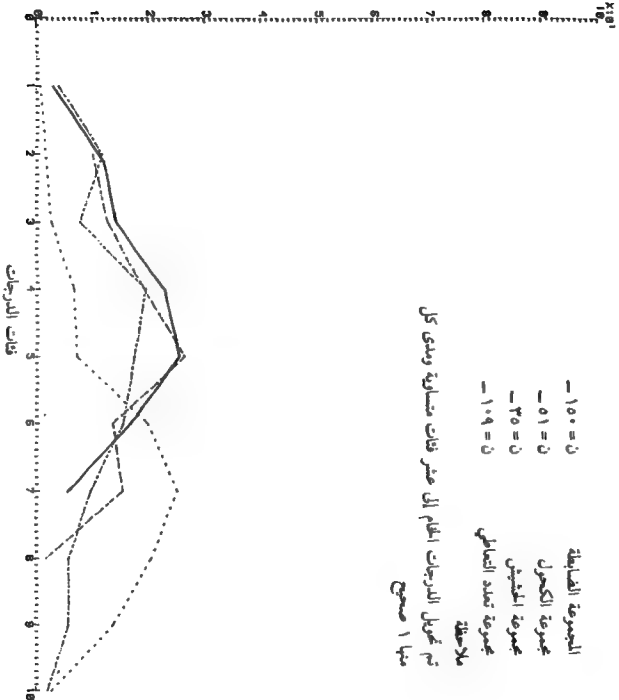
الشكل رقم (٧) يبين بنتر بهضملت (تلك)

المجموعة الضابطة
 المجموعة الكحول
 المجموعة الحشيش
 المجموعة تعدد التعاطي
 ملاحظة
 تم تحويل الدرجات اعطام إلى عشر فئات متساوية ومدى كل
 منها ١ صحيح



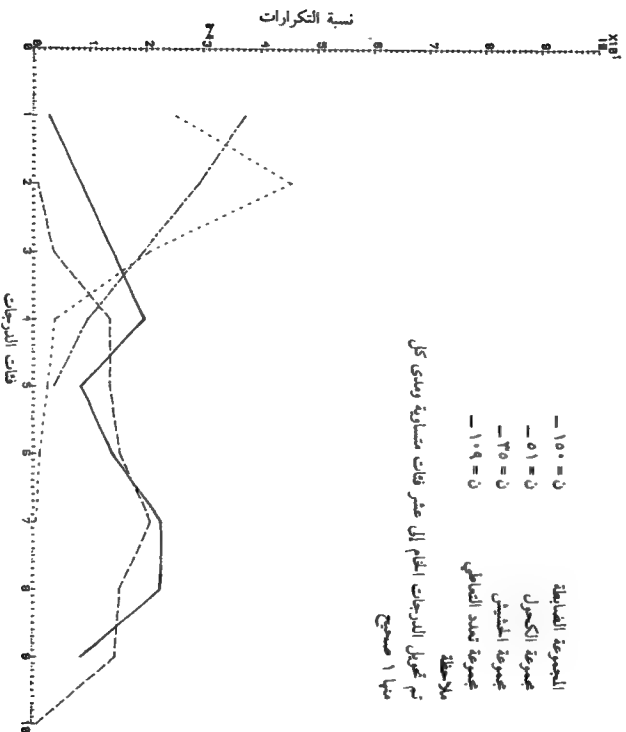
الشكل رقم (د) بين مقياس الكلب (أيزنك)

نسبة التكرارات



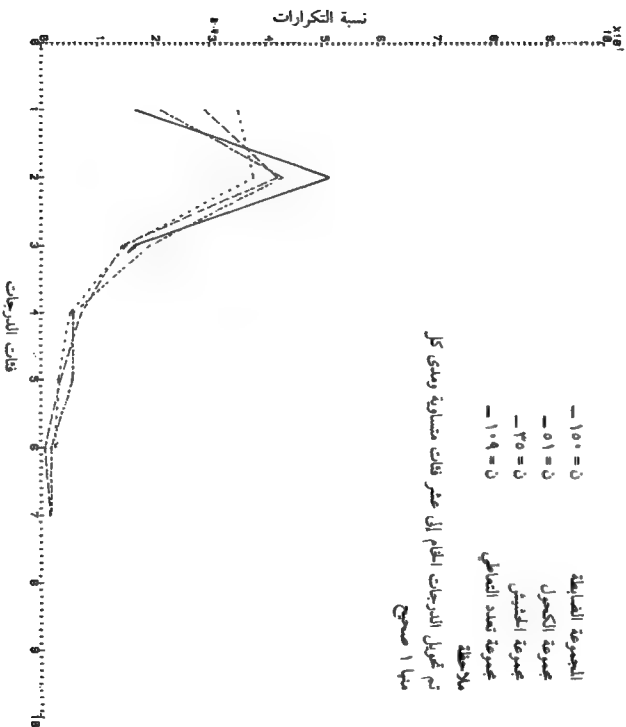
الشكل رقم (٩) يبين مقياس الانسحاب (أيزونك)

المجموعة الضابطة $N = 100$
 مجموعة الكحول $N = 51$
 مجموعة المشفي $N = 30$
 مجموعة تعدد النماطي $N = 109$
 ملاحظة
 تم تحويل الدرجات الخام إلى عشر فئات متساوية ومدى كل
 منها 1 صحيح



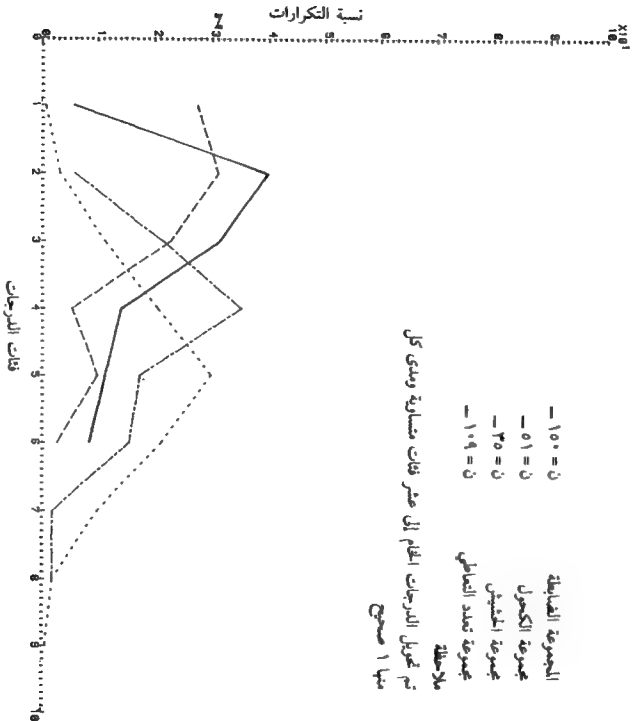
الشكل رقم (١٠) يبين مقياس الدهاانية (الدهاانية)

المجموعة الضابطة
 مجموعة الكحول
 مجموعة الجيش
 مجموعة تعدد النماطي
 ملاحظة
 تم تحويل الدرجات الخام إلى عشر فئات متساوية ومدى كل
 منها ١ صحيح



الشكل رقم (١١) يبين مقياس الإجماعية (أيزنك)

نسبة التكرارات



تم تحويل الدرجات اعطام إلى عشر فئات متساوية ومدى كل

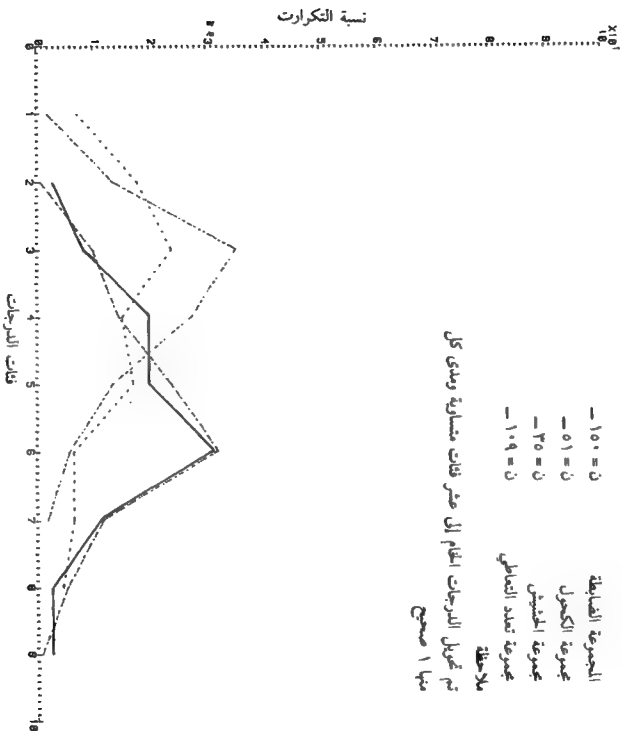
منها ١ صحيح

ملاحظة

- ١٥٠ = ن المجموعة الضابطة
- ٥١ = ن مجموعة الكحول
- ٣٥ = ن مجموعة الخشب
- ١٠٩ = ن مجموعة نمدد النعالي

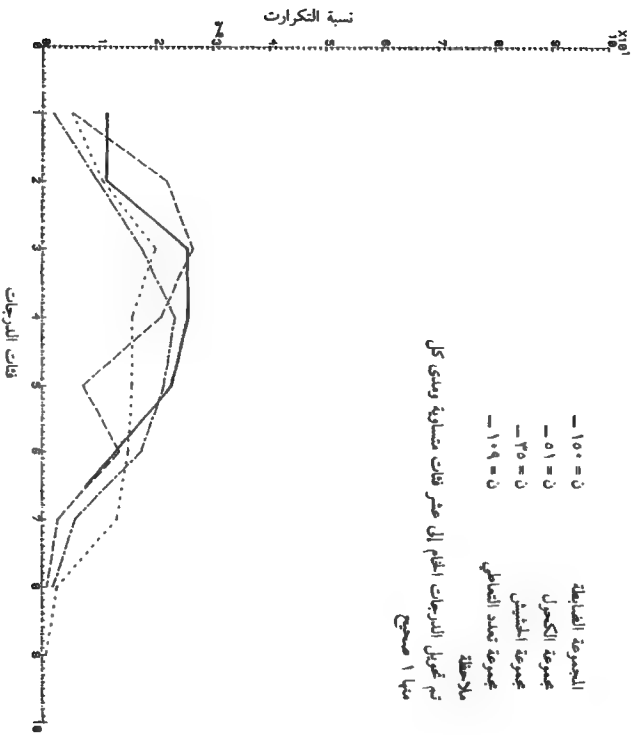
الشكل رقم (١٧) يبين القابلية للإجهاد (ميسوزا)

المجموعة القياسية
 - ١٥٠ = ن
 - ٥١ = ن
 - ٣٥ = ن
 - ١٠٩ = ن
 مجموعة الكحول
 مجموعة الحبيش
 مجموعة تعدد التعاطي
 ملاحظة
 تم تحويل الدرجات اعلاه إلى عشر فئات متساوية ومدى كل
 منها ١ صحيح



الشكل رقم (١٣) يبين الخطوط (موااب)

المجموعة الغابضة
 — $150 = n$
 مجموعة الكحول
 — $51 = n$
 مجموعة الطيش
 — $35 = n$
 مجموعة نمدة التعاطي
 — $109 = n$
 ملاحظة
 تم تحويل الدرجات الخام إلى عشر فئات متساوية وبداى كل
 منها ١ صحيح



الشكل رقم (١٤) تبين الخطوط (تقدير)

الفصل الثاني عشر

نتائج الارتباطات والتحليل العاملي لدرجات متعاطي المخدرات والكحوليات على مقاييس الدراسة

مقدمة

بعد أن استعرضنا نتائج الدراسة المتعلقة بالفروق بين المجموعات في الأداء على المقاييس النفسية . نجد أننا مطالبين بالإجابة عن سؤال يطرح نفسه على الأذهان وهو : هل هناك أنماط لسلوك متعاطي المخدرات تتمحور من حول كل نمط منها خصائص أو سمات أو استعدادات معينة ؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم استخدام أسلوب معاملات الارتباط والتحليل العاملي لدرجات المتعاطين للكحوليات والمخدرات جميعاً الذين تم الإعتداد باستجاباتهم وعددهم ٢٢٦ شخصاً من الكويتين الذكور .

والسبب في توجهننا نحو هذه المجموعة هو أننا نريد أن نكشف عن الأنماط أو العوامل أو الأطر الأساسية التي تتمحور حولها سلوكيات المتعاطين للأنواع المختلفة من المخدرات بصرف النظر عن تنوع أنماط ومواد التعاطي ، ومن ثم فقد رأينا أن أفضل أسلوب لذلك هو أسلوب الكشف عن حجم الارتباطات واتجاهاتها بين المقاييس المختلفة ثم إجراء تحليل عاملي على مصفوفة الارتباطات من أجل مزيد من التركيز والاختزال لتشتت الارتباطات المختلفة بين مختلف المقاييس (فرج ، ١٩٨٠ ، حنورة ، ١٩٨٦)

وقد تم إجراء التحليلات الإحصائية التالية لدرجات المفحوصين (ن = ٢٢٦) على المقاييس المستخدمة وعلى درجات العمر والتعليم وعدد السجائر التي يدخنها الشخص كل يوم . وأسفرت التحليلات عن استخلاص المؤشرات التالية :

- ١ - المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل مقياس .
 - ٢ - مصفوفة إرتباطات بيرسون بين المتغيرات المشار إليها .
 - ٣ - مصفوفة عوامل الدرجة الأولى ومعها الجذر الكامن والنسبة المئوية للتباين وقيم الشيوخ وذلك قبل التدوير (بطريقة المكونات الأساسية لهوتيلنج) .
 - ٤ - مصفوفة عوامل الدرجة الأولى بعد التدوير (بالفارماكس) ومعها أيضاً الجذر الكامن (لكل عامل) والنسب المئوية للتباين وقيم الشيوخ .
- وسوف نعرض الجداول التالية لتلك المؤشرات ، يلي ذلك تعليق على العوامل المستخلصة والدلالات النفسية التي يمكن أن نخلعها على كل عامل منها :

وتشير قيم المتوسطات والانحرافات المعيارية في الجدول رقم (٥٢) إلى أن التوزيع يميل إلى أن يكون اعتدالياً ، وهو ما يجعلنا نمضي في إجراء باقي الحسابات دون خوف من وجود التواء أو تفلطح في التوزيع . ويعرض الجدول التالي الإرتباطات بين المتغيرات التسعة عشرة .

جدول رقم (٥٢)
بيانات المتوسطات والانحرافات المعيارية
للمجموعة الكلية من متعاطي المخدرات
والكحوليات (ن = ٢٢٦)

م المتغير	المتوسط	الانحراف المعياري
١ رسم المخطوط	٢١,٥٩	٧,٣٤
٢ رسم النقاط	٢٤,٠٤	٦,٨٥
٣ ذاكرة أمامية	٤,١٠	٢,١٠
٤ ذاكرة عكسية	٢,٧٨	١,١٨
٥ ذاكرة كلية	٦,٧٩	٢,٤٠
٦ بندر جشطلت - نسخ	١٦,٦٥	٤,٤١
٧ بندر جشطلت - تذكر	٨,٩٢	٤,٥٥
٨ الكذب	١٢,١٥	٣,٦٩
٩ العصاوية	١٣,٦٠	٤,٢٦
١٠ الإنبساط	١١,٥٥	٤,٢٥
١١ الذهانية	٢,٢٦	١,٢٧
١٢ الإجرام	٤,٦٨	٢,٨١
١٣ القابلية للإيحاء	١٤,٦٩	٤,٣٠
١٤ الأطوال - صواب	٦,٥٠	٢,٩٥
١٥ الأطوال - تقصير	٨,٩٧	٣,٦٤
١٦ الأطوال - تطويل	٤,٤٥	٢,٣٦
١٧ العمر	٣٠,٢١	٦,٩٦
١٨ مستوى التعليم	٤,٤١	١,١٤
١٩ عدد السجائر	٣٣,٨٨	١٩,٠٠

جدول رقم (٥٣) معاملات الارتباط بين مقاييس البحث

التعليقات														
	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤
١ رسم المفرد	١													
٢ رسم الخط	٥٨	١												
٣ دائرة إمامية	٢٠	١٨	١											
٤ دائرة عقيدية	١٤	٢٩	٢٩	١										
٥ دائرة كلية	٣٢	١٦	٩٣	٨٦	١									
٦ بندر جلفن - سبع	١٤	١٤	٨	١١	١٨	١								
٧ بندر جلفن - نسكر	٣٢	٣٠	٣٩	٢٠	٣١	٣٢	١							
٨ الكلب	٧	١٠	٧ -	٨ -	٢١	١١	٢٠	١						
٩ الصابية	٤	٢٠	١١	١١	٥	٥ -	٢ -	٣١ -	١					
١٠ الإسياد	١٧	٣١	٢٠	١٠	٣٢	٢٠	١٧	٤ -	٣ -	١				
١١ الدبعية	١١ -	٢١ -	١ -	٧ -	٥ -	٨ -	١٥ -	٢٠ -	١ -	٨ -	١			
١٢ الإجمام	١٣ -	١١ -	٢ -	٤ -	١ -	١ -	١٨ -	٥١ -	١					
١٣ الدبعية الإجماء	٥	٢ -	١٤	١١	١٢	٤	٢١	٩ -	٣٩	١٧	١٨	١		
١٤ الإجمام - صواب	٨	١٥	٢ -	١١ -	٢ -	١١	٢٥	٧ -	١٤ -	٢٠	٧ -	٨ -	١	
١٥ الإجمام - التفسير	٢	٢	٢	١٠	٩	٤	٨ -	١٦	٩ -	٢ -	٥٩	٢٣ -	٧١ -	١
١٦ الإجمام - حرك	١٣ -	١٣ -	٥ -	١ -	٧ -	١١ -	١٧ -	١٠	١٨	٨ -	٣٢	١٦	١٠ -	١
١٧ المعبر	٩ -	١٨ -	٢١ -	٨ -	٨ -	١١	٨ -	٧ -	٨ -	٤ -	٢	٢٩	٢٢ -	١
١٨ سفرة التلم	٣١	٢٠	١٨	١١	٢٠	٣٧	٢٥	١٠	٢١ -	٣٧	١١ -	١٤ -	٢٣	٩
١٩ هدف السحاب	٢٠ -	١٠ -	١٤	٨	٩٠	١٤ -	١٧ -	٣ -	١٨	٢١	٤	٩٣	٩١ -	١٠

تعليق

وكما هو واضح في الجدول رقم (٥٣) فإن الارتباطات بين متغيرات الدراسة متخلخلة سواء من حيث التفاعل أو من حيث الاتجاه ، وإن كان من الواضح بشكل عام أن هناك منطقاً لحجم واتجاه العلاقات الارتباطية ، فمثلاً نلاحظ الترابط بين درجات السلوك المعرفي خاصة الذاكرة ، وكذلك بين درجات السلوك الحركي .

كما أنه من الملاحظ أن متغيرات الشخصية خاصة العصابية والقابلية للإيحاء يجمع بينها نوع من الترابط الإيجابي وهذا أمر متوقع وقد سبق الكشف عنه .

كذلك فإن هناك ارتباطاً إيجابياً ودالاً بين درجة الذهان ودرجة السلوك الإجرامي (الميل السيكوباتي) وهذا أيضاً أمر متوقع (Eysenck,1975) .

وقد يكون من الملائم النظر في المصفوفة العاملية التي قد نكتشف من خلالها اختزالاً وتصنيفاً أفضل لتلك الارتباطات المتناثرة .

الجدول رقم (٥٤) مصفوفة العوامل
لمجموعة المتعاطين الكلية ن = ٢٢٦

المعاملات	١ عامل عام للذكاء النفسي	٢ عامل التحلل النفسي	٣ عامل الإدراك	٤ عامل غير محدد	٥ عامل غير محدد	٦ عامل الإدراك البصري	٧ عامل مهمل	قيم الشيوع
١ رسم الخطوة	٤١٧	—	—	—	٣٦٩	—	—	٣٧٩
٢ رسم التقاط	٤١٩	—	—	—	٣٧٧	—	—	٤٨٤
٣ ذاكرة أمامية	٨٠٢	٢١٨	—	—	—	—	—	٩٠٠
٤ ذاكرة عكسية	٨٩٥	٢٩٥	—	—	—	—	—	٨٤٢
٥ ذاكرة كلية	٨٧٢	١٦٣	—	—	—	—	—	٩٠٢
٦ بندر جشطت - نسخ	٣٥٨	—	٣٢٣	٣٢٤	٣٥٨-	٢٧٦	—	٥٣٦
٧ بندر جشطت - تذكر	٥٢٧	—	٣٩٠	—	—	—	—	٥٦٧
٨ الكذب	—	٤٩٣-	—	٤٣-	—	—	—	٤٣٦
٩ المعصية	—	٣٨٥	—	—	—	—	٤٠٣-	٤٠١
١٠ الإنسياط	٣٢٣	—	—	—	—	—	—	٢٧٢
١١ الإجراء	—	١٢٨	—	٣٠٠	—	—	—	٥٧٠
١٣ القابلية للإنجاز	—	٣٩٧	—	—	—	—	—	٣١٧
١٤ الأطوال - صواب	—	—	٨٦٦	—	—	٣٨٢-	—	٦١
١٥ الأطوال - تقصير	—	٤١٢-	٨٠٢-	٣٤٥	—	—	—	٩٧٣
١٦ الأطوال - تطويل	—	٦٢٥	—	—	—	٥٤٨	—	٩٤٢
١٧ العمر	٣٢٣-	—	—	—	—	—	—	١٨٤
١٨ مستوى التعليم	٣٧٢	—	—	—	—	—	—	٢٥٤
١٩ عدد السجائر	—	—	—	—	—	—	—	١٦٨
الجلد الكامن	٣,٤٦	٢,٦٣	٢,١٢	١,٥٣	١,٣٩	١,١٥	١,٠٥	
النسبة المئوية للتباين	١٨,٢٠	١٤,١٠	١١,٢٠	٨,١٠	٧,٣٠	٦,١٠	٥,٦٠	

(*) حلفت العلامة العشرية

تعليق على نتائج التحليل العاملي من الدرجة الأولى قبل التدوير (غمطية متعاطي المخدرات والكحوليات)

أفرزت عملية التحليل العاملي سبعة عوامل جذرها الكامن جميعاً واحد صحيح على الأقل ، ولما كان عك القبول المتعارف عليه أن لا يقل أي تشبع مقبول عن ٣٠% للمتغير وبما لا يقل عن متغيرين اثنين لكل عامل فإنه سيكون أمامنا ستة عوامل مقبولة فقط ، وفيما يلي استعراض لخصائص كل منها :

العامل الأول (عامل الكفاءة النفسية حركية وذهنية)

تشبعت على هذا العامل ثمانية متغيرات سيكولوجية تشبعاً إيجابياً مع متغير العمر (تشبع سلبي) مع متغير التعليم (تشبع إيجابي) . والمتغيرات السيكولوجية المشبعة عليه هي متغيرات السلوك الحركي والذاكرة ويندر جشطلت والإنسباط ، وأكبر تشبعت عليه جاءت لمتغيرات الذاكرة الرقمية ومتغير التذكر من بندر جشطلت بالإضافة إلى التعليم .

وقد استوعب هذا العامل أكبر نسبة من التباين الارتباطي ١٨٢٪/ ويكون هو العامل الرئيسي . ومن الواضح أنه عامل للكفاءة النفسية (الحركية والذهنية) مع زيادة درجة الإستشارة والإنسباطية .

وهذا العامل لا يوحي بخصائص معينة للمتعاطين بقدر ما يكشف عن طبيعة العلاقات بين متغيرات الدراسة لدى تلك المجموعة وهو ما يجعل من الصعب القول بأن هذه الترابطات العاملية خاصة فقط بمجموعة المتعاطين ، بل أنه منطقت العلاقات النفسية بين الأداء على مقاييس الدراسة .

العامل الثاني (عامل الخلل النفسي)

معظم تشبعت هذا العامل إيجابية وهو خاص بمقاييس الذاكرة الرقمية (وكسلر) ، ومقاييس الشخصية (آيزنك) الكذب والعصاوية والذهانية والإجرام والإبماء (منيسوتا) وأخطاء الإدراك (التطويل والتقصير عند مقارنة الخطوط) ، ولم توجد تشبعت للعمر أو التعليم أو التدخين على هذا العامل .

وأعلى تشبع على هذا العامل جاء لمتغير الذهانية ثم متغير الإدراك للأطوال . وقد استوعب العامل ١٤١٪ من التباين الارتباطي ومن الممكن القول بأن هذا العامل يشير إلى عوامل الإضطراب التي تميز سلوك المتعاطين (فيما عدا الزملة الارتباطية لمقاييس الذاكرة) .

وعلى ذلك فإن النمط السلوكي للمتعاطي يمكن إختزاله في القول أنه أميل إلى العصائية والذهانية والإجرام (السلوك السيكوباتي) والقابلية للإجها والإستشارة والوقوع في أخطاء الإدراك . وهذه الزملة الترابطية هي زملة منطقية وتتسق مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة في مجال تعاطي المخدرات .

العامل الثالث (عامل الإدراك)

هو عامل للإدراك وقد تشبعت عليه أربعة مقاييس أقواها هو مقياس مقارنة الأطوال حيث جاء أعلى تشبع على العامل من أحد مقاييسه الفرعية وقد استوعب العامل ١١٢٪ من التباين الارتباطي وهو عامل سيكوميترى بأكثر من عامل لتصنيف سلوك المتعاطين للمخدرات والكحوليات .

العامل الرابع (غير محدد)

هو عامل غير واضح الهوية تشبعت عليه أربعة مقاييس أحدها إدراكي بنذر جشطلت (إدراك ونسخ) ثم الكذب (سلمي) والإجرام وأخطاء إدراك الطول (تقصير) وهو عامل خاص باختلال الإدراك والميل الإجرامي .

العامل الخامس (عامل غير محدد)

عامل غير محدد أيضاً إلا من حيث أنه عامل للسلوك الحركي وقد تشبعت عليه ثلاثة مقاييس (١ ، ٢ سلوك حركي) ومقياس (٦) بنذر جشطلت - نسخ (سلمي) ، وعلى هذا فلا غم لك إلا أن نعبه إلى العامل السادس .

العامل السادس (عامل الإدراك البصري)

تشبعت على هذا العامل ثلاثة مقاييس اثنان إيجايان (بنذر جشطلت

نسخ) وأخطاء الإدراك تطويل وواحد سلمي وهو خاص بصواب إدراك الأطوال .

ومن الواضح أن هذا العامل عامل سيكوميترى أيضاً خاص بالإدراك البصري .

بهذا نكون قد استعرضنا نتائج التحليل العاملي من الدرجة الأولى قبل التدوير والعوامل المشار إليها هي عوامل خام ولذلك فقد يكون من المناسب إجراء تدوير لعوامل الدرجة الأولى للكشف عن المزيد من الوضوح لهوية تلك العوامل ، وهذه ما تقدمه مصفوفة العوامل التي يعرضها الجدول رقم(٥٥) .

عرض وتعليق على عوامل الدرجة الأولى بعد التدوير المتعامد (فارماكس)

بعد تدوير المحاور تدويراً متعامداً تم إفراز سبعة عوامل مقبولة وفقاً للمعايير التي سبقت الإشارة إليها منها عاملان لم يستحوذ كل منهما إلا على تشبعين اثنين فقط ، كما أن الجذر الكامن تغير حجمه بالنسبة لثلاثة عوامل حيث لم يصل إلى الواحد الصحيح إلا على أربعة عوامل فقط ، مع ذلك فسوف نلقي نظرة سريعة على تلك العوامل كلها لنرى نوع التبلور الجديد الذي تم بعد عملية التدوير .

العامل الأول: عامل الذاكرة

تشبعت على هذا العامل ثلاثة متغيرات هي ٣ ، ٤ ، ٥ وجميعها تخص اختبار ذاكرة الأرقام ، وعلى هذا فإن العامل عامل سيكوميترى وليس عاملاً سلوك المتعاطين . إلا إذا اعتبرنا أن درجات الذاكرة مترابطة عند هؤلاء الأفراد في مستوى معين من الأداء وبالعلاقات لها شكل ثابت بين أفراد الدراسة .

العامل الثاني: عامل إدراك الأطوال

هو عامل خاص بإدراك الأطوال وهو يختص بأحد مقاييس الدراسة وليس

الجدول رقم (٥٥)
مصفوفة العوامل بعد التدوير المتعامد (فارماكس)
لمجموعة المتعاطين الكلية ن = ٢٢٦

العوامل	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	قيم الشيوع
المتغيرات	حامل الذاكرة الأطوال	حامل إدراك الحركي الإنسيابي	حامل السلوك (أو) الإنحراف الوجداني	حامل المرضية وغير الإنحراف	حامل ضعيف للإدراك	حامل ضعيف	حامل المصابية	
١ رسم الخطوط	—	—	٦١٥	—	—	—	—	٤١٨
٢ رسم النقاط	—	—	٧٠٧	—	—	—	—	٥٤٩
٣ ذاكر أمامية	٨٨٩	—	—	—	—	—	—	٨٥٤
٤ ذاكرة عكسية	٨٦٣	—	—	—	—	—	—	٧٨٤
٥ ذاكرة كلية	٩٦٠	—	—	—	—	—	—	٩٢٧
٦ بندر جشطت - نسخ	—	—	—	—	٧٤٣	—	—	٦٠٣
٧ بندر جشطت - تذكر	—	—	—	—	٦٩١	—	—	٦٣٠
٨ الكذب	—	—	—	٤٤٦	—	—	٤٧٤-	٤٤٢
٩ المصابية	—	—	—	—	—	—	٦٨٨	٤٨٥
١٠ الإنسياب	—	—	٤٦٤	—	—	—	—	٢١٥
١١ الذهانية	—	—	—	٦٦٨	—	—	—	٤٧٨
١٢ الإجرام	—	—	—	٧٥٨	—	—	—	٦٦٧
١٣ القابلية للإحباط	—	—	—	—	—	—	٤٤٩	٢٩٧
١٤ الأطوال - صواب	—	٩٥٢	—	—	—	—	—	٩٦٣
١٥ الأطوال - تقصير	—	٨٢٩-	—	—	—	٥١٠-	—	٩٨٣
١٦ الأطوال - تطويل	—	—	—	—	—	٩١٧	—	١٤٠
١٧ العمر	—	—	—	—	—	—	—	١٥٧
١٨ مستوى التعليم	—	—	٤٤١	—	—	—	—	٢٤٩
١٩ عدد السجائر	—	—	—	—	—	—	—	١٠٩
الجنس الكامن	٢,١٧	٢,٢٧	١,٩٥	١,١٦	٠,٨٦	٧,٢٩	٠,٤٥	
النسبة المئوية	٢٩,٦٠	٢١,٢٠	١٨,٣٠	١٠,٩٠	٨,٠٠	٦,٨٠	٥,١٠	

له أيضاً توجه نحو سلوك المتعاطين .

العامل الثالث: عامل السلوك الحركي الإنسيطي

هو عامل خاص بالسلوك الحركي مع الإنسيط بمعنى أن كفاءة الأداء النفسي الحركي يتربط مع الإنسيط ، وهذا أمر أيضاً يخص الجانب السيكميترى من الدراسة ويضفي درجة من الصديق على طبيعة المقاييس المستخدمة .

العامل الرابع: عامل الإنحراف الوجداني (أو الشخصية المرضية)

عامل خاص بالشخصية ، وقد تشبعت عليه ثلاثة عوامل هي الكذب (الجابية) سلبى والذهانية والإجرام والعامل بهذا الشكل عامل للسلوك المرضى حيث أن المقاييس الثلاثة تشير فعلاً إلى أن الشخص (من خلال إعترافاته) لديه ميول عدوانية وإنحرافية ، وعدم الميل للإنخراط فى السلوك الإجتماعى المقبول .

وهو عامل أيضاً أقرب لأن يكون عامل تصنيف سيكميترى لمتغيرات الدراسة .

العامل الخامس: عامل إدراك وتذكر الأشكال

عامل إدراكى يخص مقياس بندر جشطلت وليس عليه إلا تشبعان بخصان الأداء على هذا المقياس وهما إيجابيان وطبيعة العامل طبيعة سيكميترية أيضاً .

العامل السادس: عامل ضعيف الإدراك

عامل إدراكى أيضاً عليه تشبعان اثنان فقط ١٥ ، ١٦ لتقدير الأطوال ، وإتجاه التشبعات على هذا العامل (وجذره الكامن أقل من واحد صحيح) يجعل من الصعب منحه إسماء أو إضفاء هوية نفسية دقيقة عليه .

العامل السابع: عامل العصائية

وهو عامل للشخصية وقد تشبعت عليه ثلاثة مقاييس هي ٨ الكذب (أو

الجاذبية) سلمي و٩ العصائية و١٣ القابلية للإجاء وهو أيضاً عامل تصنيف سيكوميثري .

تعليق أخير على نتائج التحليل العاملي

نكون بهذا الشكل قد انتهينا من استعراض نتائج التحليل العاملي ، ويمكننا القول أن هذا التحليل الأخير (بعد التدوير) وإن كان قد قدم إلينا العوامل في صورة أقرب ما تكون إلى النقاء السيكوميثري ، فإن التحليل من الدرجة الأولى قبل التدوير قد قدم إليها صورة واقعية لطبيعة سلوك المتعاطين (على الأقل في العامل الثاني) . كما يتحدد من خلال التمحور والتلازم بين أنواع معينة من التشبعات الخاصة بنفس العامل على متغيرات سلوكية معينة .

وقد اتضح لنا أن العامل الثاني كما كشف عنه التحليل العاملي من الدرجة الأولى قبل التدوير هو عامل عدم التوافق أو التوافق السيء للمتعاظمي كما يبرز في أنماط سلوكه التي تحددت معالمها من خلال الأداء على مقاييس الدراسة .

الفصل الثالث عشر

خاتمة

بعد استعراضنا لنتائج الدراسة يمكن الوقوف على النقاط التالية :

أولاً : بيانات سلوك التعاطي (الإستبار)

١ - اتضح أن سلوك المخدرات والكحوليات سلوك متعلم ، وأن النمذجة Modeling هي الأسلوب الأكثر انتشاراً للإنخراط في التعاطي .

٢ - اتضح أيضاً أن معظم المتعاطين للمخدرات والكحوليات يتمون إلى عائلات شيع بين أفرادها (أو بعضهم) سلوك تعاطي المخدرات والكحوليات .

٣ - اتضح كذلك أن الحصول على المخدرات والكحوليات يتم بتسهيلات من الأصدقاء والأقارب .

٤ - اتضح أن هناك نسبة كبيرة من المتعاطين بدأت التعاطي قبل سن العشرين ، واستمرت في التعاطي (مع توقف للبعض وعودته مرة أخرى إلى التعاطي) .

٥ - يشير المتعاطون (بنسبة أكثر من غير المتعاطين) إلى أنهم تحدث لهم أحداث ومشكلات بسبب التعاطي وتتسق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كثيرة سابقة . (Gossop, 1978. Adlaf and Smart, 1983)

٦ - مقارنة إجابات أفراد المجموعات (الضابطة - الكحوليات والحشيش) اتضح أن المجموعة الضابطة تقر بانتشار تعاطي المخدرات والكحوليات بأكثر مما يعترف بذلك أفراد المجموعتين الآخرين .

٧ - أما عن أساليب المكافحة فقد تباينت الاتجاهات ما بين عقاب التعاطي

(ضابطة) وعقاب التجار وقد حظيت العبادة بمتزلة متقدمة في إجابات جميع الفئات .

ومجمل القول في هذه النتائج أن الواقع الاجتماعي يلعب دوراً بارزاً في تنشئة سلوك التعاطي وتعزيزه ، وأن المجتمع بأتماطه السلوكية المختلفة (وخاصة أفراد الجماعات الصغيرة) مسؤول مسؤولية مباشرة عن انخراط الفرد (المستجد) في سلوك التعاطي وهو قادر أيضاً من وجهة نظر المتعاطين وغير المتعاطين على كبح جماح تلك العادة وتلتقي هذه النتائج مع نتائج كثير من الدراسات العربية والغربية (هيئة بحث تعاطي الحشيش ١٩٦٠ ، ١٩٦٤ ، حنورة ١٩٨٦ ، Soueif, et al, 1988; Valdman and Zvarta, 1982; and Holstein, 1980; Soueif et al, 1980.) .

ثانياً : الفروق بين متعاطي المخدرات والكحوليات وغير المتعاطين .

بمقارنة نتائج التحليلات الإحصائية الخاصة بالفروق بين أداء المجموعات على المقاييس المختلفة اتضح ما يلي :

١ - أن متعاطي الكحوليات هم أكثر الفئات ضعفاً في الأداء على المقاييس المعرفية والحركية ، كما أنهم أكثر الفئات ميلاً للإضطراب النفسي الذي تقيسه مقاييس الشخصية .

وتتسق هذه النتيجة مع نتائج دراسات أخرى أشارت إلى أن الضرر الذي يحدث نتيجة تعاطي الكحوليات هو خطر مؤكد ويمتد إلى التأثير على خلايا المخ ، وهو الأمر الذي يظهر أثره في الوظائف المعرفية والحركية (Woods, 1986 P. 341; Valdman, 1986 P. 54;) .

أما متعاطي الحشيش فإنه وإن كان كما أبرزت الدراسة أفضل أداء على المقاييس المستخدمة (من ناحية الصحة النفسية) من متعاطي الكحوليات إلا أن أدائه أسوأ (وبشكل دال) من أداء غير المتعاطين (المجموعة الضابطة) .

ويبدو أن عادة تعاطي الحشيش ليست كعادة تعاطي الكحوليات ، فمتعاطي الحشيش يتعاطاه مرة كل أسبوع أو كل شهر مثلاً ، ولكن متعاطي

الخمور يتعاطاها يومياً وربما عدة مرات في اليوم ، وعلى ذلك فمن الضروري التنبيه إلى أن معدل حجم المادة المؤثرة الداخلة إلى جسم الإنسان من خلال تعاطي الحشيش هي أقل بطبيعة الحال من تلك التي تدخل بسبب تعاطي الخمور .

ولذلك فإن الأمر بحاجة إلى مزيد من التأكيد من خلال إجراء دراسات تصمم خصيصاً لمثل هذا الهدف .

٢ - أما عن تعاطي الأنواع الأخرى من المخدرات فقد وجدنا صعوبة في الحصول على عينات كبيرة نقية تعاطي مخدراً واحداً من المخدرات المختلفة ، وقد حصلنا على أعداد من الأفراد يتعاطون هذه الأنواع من المخدرات بالإضافة إلى الخمور والحشيش وقد اتضح أن معظم الذين يتعاطون مخدرات متعددة أميل لأن يكون أداؤهم مماثلاً تقريباً لأداء متعاطي الحشيش ، ومن ثم فإنه من الممكن افتراض أن هؤلاء الأفراد هم متعاطون أساساً للحشيش وحين لا يجدونه يلجأون إلى تعاطي مثل تلك المواد المخدرة ، أو أنهم يتعاطونها على سبيل التجربة ومعايشة نوع جديد من الخبرة . (هيئة بحث تعاطي الحشيش ، ١٩٦٠ ، ١٩٦٤ ، Soueif et al, 1980; Adalf and Smart, 1983) .

٣ - اتضح أن المتعاطين من ناحية خصائص الشخصية أكثر ميلاً للإضطراب النفسي كما أنهم أكثر قابلية للإيحاء ، وهم كذلك أكثر ميلاً للإنخراط في السلوك الإجرامي .

وإذا ما أدركنا من البداية أن تعاطي المخدرات والكحوليات هو سلوك منحرف عن المعايير السائدة وعن السواء (نفسياً وبيولوجياً) وأنه يؤدي إلى التأثير على الجهاز العصبي (ومن ثم على السلوك معرفياً كان أو وجدانياً) فلنا أن نستنتج أن متعاطي المخدرات والكحوليات بشكل اعتيادي أصبح شخصاً غير سوي . والسؤال هو : هل هذا الشخص كان غير سوي مما أدى به إلى تعاطي المخدرات والكحوليات أم أن تعاطي المخدرات والكحوليات هو الذي أدى به إلى أن أصبح شخصاً غير سوي . ؟

ليس من نتائج الدراسة الحالية ما يجيب على هذا السؤال إجابة مباشرة ، ولكن من الممكن استنتاج وجود نوع من التفاعل بين الاستعداد الشخصي وسلوك التعاطي وما يتداعى بعد ذلك من متغيرات ، وإن كان من الممكن الإنحياز أكثر إلى أن تعاطي المخدرات والكحوليات إذا ما حدث فإنه يؤدي إلى سلسلة من التغيرات في الجهاز العصبي تعجل بظهور أنماط إنحرافية من السلوك عند الإنسان ، وهذا ما تأكد من خلال الدراسات المتعددة ، (Valdman, 1986; DeRenziet et al, 1984; Soucif et al, 1980, 1988)

ثالثاً : الأبعاد العملية للسلوك

كشفت التحليلات الخاصة بالإرتباطات والتحليلات العملية عن وجود زميلات Syndromes تتنظم من خلالها أنماط سلوكية معينة لدى متعاطي المخدرات والكحوليات ومن أبرز الزميلات التي كشف عنها التحليل العملي أن المتعاطي أميل إلى أن يكون شخصاً مضطرباً من الناحية الإنفعالية ولديه نزعة إجرامية وميال للإستتارة وقابل للإيحاء كما أن الذاكرة الرقمية لديه ذات تشبهات متسقة في اتجاه الضعف في علاقتها بهذا العامل الذي يميل لأن يكون عاملاً للإضطراب النفسي .

وخلاصة القول في سلوكيات هذا الشخص أنه أكثر ميلاً للإضطراب في جوانب سلوكه المختلفة التي تظهر في أدائه على المقاييس التي استخدمتها الدراسة .

رابعاً : وماذا بعد استعراض نتائج الدراسة ومناقشتها ماذا نفعل ؟

لقد اتضح مما سبق أن هناك ضرراً مؤكداً يصيب المتعاطي (إذا ما أقرنا من خلال المقارنة بين المتعاطين وغير المتعاطين أن التعاطي يرتبط بالتدهور في الكفاءة النفسية ، معتمدين في هذا الإستنتاج على نتائج الدراسات العلمية المتعددة التي أشرنا إلى بعضها) . وأن الخمور (من خلال نتائج الدراسة الحالية) هي أكثر أشكال التعاطي إضراراً عن مثيلاتها ، على الأقل في حدود العينة التي درسناها وأن الحشيش هو النمط الثاني من حيث الأضرار المرتبطة به .

ولا بد من الوقوف بحسم أمام ظاهرة انتشار التعاطي كواب ، ولا بد من تنشئة جهاز مناعة سيكولوجي فردي لدى كل فرد يكون نابعاً من ضميره وخلقه واقتناعه الذاتي ، مع تدعيم هذا الضمير الذاتي بمدمعات خارجية كلما كان ذلك متاحاً وملائماً وفعالاً ، فالأسرة هي النموذج الأول الذي يتلقى عنه الطفل كل أنماط ونماذج سلوكه ، كما أن الأقران هم النماذج اليومية التي تهيء للشخص المناخ النفسي والاجتماعي الذي ينمو فيه سلوكه اليومي ويتدعم (وهؤلاء عادة هم رفاق الدراسة أو العمل) .

وعلينا أن نوجه الجهد والاهتمام إلى تلك الأجواء النفسية والاجتماعية التي ينشأ وينمو فيها الفرد بحيث تقوده وتشجعه على السلوك الصحي بدلاً من أن تهيء وتحسن له السلوك الانحرافي .

ومن الإجابات اللافتة للاهتمام بالإشارة إلى الإهتمام بالعبادة كأسلوب يقي من الانخراط في سلوك التعاطي ، وهو أمر يجب أن يوجه إليه الإهتمام ، ففي ظروف غياب المعايير الخلقية والدينية ، يمكن أن يجد الفرد نفسه فريسة للأوهام والأضاليل .

نقطة أخرى جديرة بالاهتمام والرعاية وهي تهيئة المناخ الاجتماعي المناسب لكي يقوم الشخص بممارسة الأنشطة التي تمتص طاقته وتستوعب وقت فراغه ، وذلك طبعاً بعد القيام بواجباته الأساسية ، ولا يمكن أن يتم ذلك طبعاً دون قيادة وترشيد وتوجيه المسؤولين عن رعاية وتوجيه سلوك الفرد ، سواء في المنزل أو المدرسة أو العمل أو حتى في الشارع أو على مستوى التوجيه الإعلامي والديني . . . الخ .

إن الفرد ضعيف بنفسه قوي بغيره (من الأقوياء طبعاً) فإذا ما كان هذا الغير ضعيفاً أو منحرفاً تدعم سلوك الضعف والانحراف ، وعلينا أن نقاوم مثل هذا السلوك في المجتمع حتى نهيمء المناخ للفرد لكي ينمو في مناخ صحي فيكون أكثر أداءً وأكثر إبداعاً .

ملاحق الدراسة

- ١ - أدوات الدراسة المصرية لإتجاه طلاب الجامعة نحو المخدرات
- ٢ - بيانات ثبات استبار الدراسة الحالية

الملحق الأول

أدوات دراسة مشكلة تعاطي المخدرات بين طلاب الجامعة في مصر (حنورة ، ١٩٨٦)

بيانات هذه الإستشارة سرية وهدفها البحث العلمي فقط ولا داعي لكتابة بيانات تدل على شخصيتك - ورجاء مراعاة الدقة والصراحة .

السن:	النوع: ذكر/أنثى
الكلية:	الديانة:
التخصص:	الجنسية:
السنة الدراسية:	

الجزء الأول

فيما يلي عدد من الأساليب المقترحة لمكافحة تعاطي المخدرات ، والمطلوب منك تقدير كل أسلوب بدرجة : تتراوح بين (صفر/٩) والصفر يعني عدم فاعلية الأسلوب والتسعة تعني نجاحها تماماً كأسلوب للمكافحة وما بينهما درجات متفاوتة من كفاءة الأسلوب:

الدرجة

- ١ - تدريس أضرار المخدرات كمقرر أو جزء من مقرر بالمدارس والمعاهد والجامعات ()
- ٢ - إقامة أسبوع أو أسابيع توعية على المستوى الشعبي للتبصير بأضرار المخدرات ()
- ٣ - يجب أن تتخذ الجامعة اجراءات صارمة مع الطلاب المتعاطين ()
- ٤ - كتابة ارشادات تحذر من تعاطي المخدرات على أغلفة الكتب الدراسية والكراسات ()

- ٥ - ترتيب زيارات للمدارس والجامعات لمصححات علاج المدمنين ()
- ٦ - عمل أفلام روائية وتسجيلية عن أضرار المخدرات وعرضها باستمرار بوسائل الإعلام المختلفة ()
- ٧ - منع التدخين في أماكن العمل وأثناء ساعاته الرسمية وخاصة المدارس والجامعات ()
- ٨ - إيجاد أماكن وأنشطة بديلة وميسورة لقضاء وقت الفراغ ()
- ٩ - الرقابة من قبل الآباء على علاقة الأبناء بزملائهم المتعاطين للمخدرات ()
- ١٠ - امتناع الآباء وأقاربهم عن التعاطي أمام الأبناء ()
- ١١ - تشجيع الطلاب على الاشتراك في فرق رياضية وأنشطة علمية وثقافية لشغل أوقات فراغهم ()
- ١٢ - تنشيط وترسيخ القيم الإيجابية لدى التلاميذ والطلاب والشباب عموماً كإطار واقعي في الإنحراف ()
- ١٣ - تبسيط نتائج البحوث العلمية الخاصة بأضرار المخدرات وشرحها على أوسع نطاق ()
- ١٤ - تعميم مراكز التوجيه النفسي والاجتماعي في كل مكان لحل مشكلات الشباب ()
- ١٥ - فرض مزيد من الرقابة على الصيدليات والمستشفيات لمنع صرف الأدوية المخدرة ()
- ١٦ - إغلاق أو الحد من وجود أماكن لتجارة البيرة والخمور ()
- ١٧ - إعدام تجار المخدرات أو سجنهم مدى الحياة ()
- ١٨ - علاج المتعاطين مجاناً ()
- ١٩ - تكثيف نشاط رجال الأمن لضبط التجار والمتعاطين ()
- ٢٠ - تقديم نماذج من المتعاطين شديدي التعاطي في أجهزة الإعلام كأمثلة حية لأضرار المخدرات ()
- ٢١ - إعداد وتقديم برامج إعلامية دورية عن المخدرات وأضرارها ()
- ٢٢ - إحكام السيطرة على زراعة المخدرات في مصر ()

٢٣ - منح مكافآت وحوافز تشجيعية لشرطة مكافحة المخدرات لحفزهم على بذل المزيد من الجهد لمقاومة الاتجار والتعاطي في المخدرات ()

الجزء الثاني

فيما يلي عدد من اتجاهات بعض الناس وآرائهم نحو تعاطي المخدرات والمطلوب منك إبداء وجهة نظرك الشخصية في هذه الاتجاهات والآراء . وذلك بوضع درجة تتراوح بين صفر ، ٩ أمام كل رأي ، الصفر يعني عدم صدق العبارة إطلاقاً من وجهة نظرك ، (٩) تشير إلى أنك تعتقد تماماً في صدق العبارة .

تأثير المخدرات بأنواعها (الحشيش والأفيون - الحبوب - الكبسولات) :

- ١ - أعتقد أن للحشيش تأثيراً ضاراً على الصحة النفسية والبدنية عند الإنسان ()
- ٢ - أعتقد أن للحبوب المخدرة (منشطة أو مخدرة - مهدئة منومة) تأثيراً سيئاً على الإنسان ()
- ٣ - أعتقد أن للكحوليات والبيرة والخمور تأثيراً ضاراً على صحة الإنسان النفسية والبدنية ()
- ٤ - أصبح تعاطي المخدرات ظاهرة شائعة بين طلاب الجامعة ()
- ٥ - أعتقد أن الطلاب المتعاطين يضررون بمستقبلهم ()
- ٦ - تعاطي المخدرات يساعد الأفراد على الهروب من مشكلاتهم وهمومهم ()
- ٧ - تعاطي المخدرات يساعد على تنشيط العقل وتوسيع الخيال ()
- ٨ - لا يهمني أن أتزوج شخصاً يتعاطى المخدرات ()
- ٩ - تعاطي الرجل للمخدرات يزيد من كفاءته في السلوك الجنسي ()
- ١٠ - تعاطي المرأة للمخدرات يزيد من كفاءتها في السلوك الجنسي ()
- ١١ - أؤمن بأن تعاطي المخدرات محرم في الشرائع السماوية ()
- ١٢ - يؤدي تعاطي المخدرات إلى تدمير الحياة الأسرية ()
- ١٣ - تعاطي المخدرات يساعد على ارتكاب الجريمة ()

- ١٤ - تعاطي المخدرات يصرف الإنسان عن تحمل المسؤولية ()
- ١٥ - يؤدي تعاطي المخدرات إلى سوء الخلق ()
- ١٦ - المتعاطون للمخدرات يظهر عليهم التعب والإجهاد بسرعة ()

ملحق رقم ٢ | استبيان الدراسة الحالية

أولاً استشارة الاستبيان المستخدمة في دراسة تعاطي المخدرات والكحوليات على عينة كويتية (وقرين كل سؤال درجة ثباته بطريقة إعادة التطبيق)

عينة الثبات = ٢٠٠ مفحوص منهم مائة من المتعاطين ومائة من غير المتعاطين
النسبة المئوية

الرقم :
للأفراد %
مستوى التعليم : أمي / يقرأ ويكتب / ابتدائي متوسط / ثانوي / عالي (١٠٠)
السن : (١٠٠)
الجنسية : (١٠٠)
النوع : ذكر / أنثى (١٠٠)
الحالة الإجتماعية : (١٠٠)
الديانة : مسلم / مسيحي / أخرى (١٠٠)

استبيان عن تعاطي المخدرات والكحوليات (درجات الثبات لبنود الاستبيان)
ن ف

- %
- ١ - هل تدخن بانتظام؟ نعم () لا () ٩٥
 - ٢ - كم سيجارة يومياً؟ العدد () ٨٨
 - ٣ - هل تستطيع التوقف عن التدخين؟ نعم () لا () ٨٧
 - ٤ - هل تتعاطي المخدرات نعم () لا () ٨٨
 - ٥ - متى بدأت تعاطي المخدرات تقريباً؟ ٨٧
 - منذ أقل من سنة () منذ سنة () منذ سنتين () ٨٨
 - منذ ٣ سنوات () منذ ٤ سنوات ()
 - منذ خمس سنوات أو أكثر ()

٦ - ما هي الأسباب التي دفعتك للتعاطي لأول مرة؟

- ١ - الفرفشة والرغبة في الإنسباط ()
- ٢ - للتداوي أو للعلاج من المرض ()
- ٣ - بسبب المشاكل والمتاعب النفسية والاجتماعية ()
- ٤ - تقليد أو مشاركة الأصدقاء أو الأهل ()
- ٥ - المشاركة في المناسبات والحفلات الاجتماعية ()
- ٦ - حب الاستطلاع والرغبة في تجربة شيء جديد ()

أسباب أخرى هي ١ - ٢ - ٣ -

٧ - ما هي الأسباب التي تدفعك عادة للتعاطي؟

- ١ - الفرفشة والانسباط ٢ - العلاج
- ٣ - بسبب المشاكل والمصوم ٤ - لمشاركة الأصدقاء
- ٥ - في الحفلات والمناسبات

أسباب أخرى هي: ١ - ٢ - ٣ -

٨ - ما هي العقاقير التي تتعاطاها بشكل منتظم؟

عدد مرات التعاطي

العقار	لا	نعم	عدد	يوميًا	أسبوعيًا	شهريًا
عقاقير منومة						
عقاقير مهدئة						
عقاقير منشطة						
كحوليات (خمور)						
كحوليات (بيرة)						
أفيون						
حبشيش						
عقاقير أخرى هي:						

%

تذكر

٩ - هل سبق لك التوقف عن التعاطي؟ نعم () لا () ٩٥

- ١٠ - في حالة التوقف لماذا؟
- ٨٩ ١ - (علاج) ... ٢ - (نصيحة) ... ٣ - (رغبة شخصية) ...
- ٤ - (مرض) ... ٥ - (بسبب العقوبة القانونية)
- أسباب أخرى ١ - ٢ - ٣ -
- ١١ - هل عدت للتعاطي بعد أن توقفت؟ نعم () لا () ٩٣
- ١٢ - ما هو سبب العودة للتعاطي؟ ٩٤
- ١ - مشكلات الحياة ٢ - علاج ٣ - إغراء من الآخرين ٤ - رغبة شخصية
- ٥ - سبب آخر هو ٨٩
- ١٣ - هل لك أصدقاء يتعاطون المخدرات أو الحكويات بدون أمر الطبيب؟
- نعم () لا () ٨٩
- ١٤ - هل لك أقارب يتعاطون المخدرات بدو أمر الطبيب؟
- نعم () لا () ٨١
- من هم ١ - والد ٢ - أم ٣ - أخ
- ٤ - أخت ٥ - خال أو عم ٦ - آخرون ٨٨
- ١٥ - هل تحدث مشكلات بسبب التعاطي؟ نعم () لا () ٨٩
- ١٦ - في حالة حدوث ذلك ما هي؟
- ١ - (عائلية) ٢ - (مع الزوجة) ٣ - (الأبناء) ٤ - (مع الرؤساء)
- ٥ - (الزملاء) ٦ - (ضد القانون) ٩٥
- ١٧ - هل حدث هذا بالفعل لك؟ نعم () لا ()
- وماذا حدث ١ - حادثة ٢ - مخالفة ٣ - شجار ٤ - مشكلة
- ١٨ - يرى البعض أن المخدرات مفيدة ، والبعض الآخر يرى أنها مضرّة .
- فما هو رأيك الشخصي؟ ٩٦
- (مفيدة) (ضارة)
- ١٩ - ما هي أضرار تعاطي المخدرات في نظرك؟ ٩٢٪

المتغيرات	غير ضار	ضارة بدرجة		
		ضعيفة	متوسطة	شديدة
١ - تعب في النظر				
٢ - تعب في السمع				
٣ - ضعف في الفهم والتركيز				
٤ - اضطراب التفكير والهلوسة والإحساسات الحاطة				
٥ - ضعف في التذكر				
٦ - قلق في الندم				
٧ - ضعف في العمل والانتاج				
٨ - ضعف في الزواج والجنس				
٩ - سوء الأخلاق				
١٠ - اضطراب العلاقات في العمل				
١١ - تدهور العلاقات العائلية				

١٠ - ما هي في نظرك أحسن الوسائل التي تخارب بها تعاطي المخدرات؟ ٨٦٪

- ١ - الوعظ والأرشاد نعم () لا ()
- ٢ - الاعلام والتثقيف بواسطة الإذاعة والتلفزيون والصحف نعم () لا ()
- ٣ - العبادة وتقوى الله وتقوية الأخلاق نعم () لا ()
- ٤ - العقاب الشديد للمتعاطين نعم () لا ()
- ٥ - العقاب الشديد للتجار والموردين للمخدرات والخمور نعم () لا ()
- ٦ - توفير الطلاب في المدارس والجامعات نعم () لا ()
- ٧ - التنشئة الاجتماعية في الأسرة نعم () لا ()
- ٨ - إعداد الأماكن المناسبة لحقضاء وقت الفراغ نعم () لا ()
- ٩ - مراقبة الحدود والجمارك نعم () لا ()
- ١٠ - التفشيش المستمر والرقابة على الأماكن المشبوهة نعم () لا ()

- ١ - ما هو المصدر الذي تحصل منه على المخدرات (أو الكحوليات) ؟ ٨٨٪
- ١ - زميل ٢ - تاجر ٣ - قريب ٤ - صديق ٥ - موظف في الجمارك
- ٦ - مصدر آخر هو

المراجع

أ - المراجع العربية

- بلال ، علي مصطفى (١٩٨٤) ، دراسة مستقبلية للمرضى الذين يتعاجلون من مشاكل الإدمان ، ندوة بحوث المسكرات والمخدرات برعاية مجلس وزراء صحة الخليج ، هيلتون الكويت فبراير سنة ١٩٨٤ .
- تركي ، مصطفى أحمد (١٩٨٦) دراسات في علم نفس الجريمة ، دار القلم ، الكويت .
- حنورة ، مصري ، سويف ، مصطفى ، السيد ، عبد الحليم ، درويش زين ، (١٩٨٠) الجانب المنهجي في اجراء البحوث الوبائية لتعاطي المخدرات ، مؤتمر دور المجتمع في علاج مشكلة المخدرات ، الأقصر ٢١ - ٢٣ مارس ١٩٨٠ . (أ)
- حنورة ، مصري ، طاهر ، مصطفى ، رزق ، الشرقاوي ، مجدي ، بسيوني ، مجدي (١٩٨٠ ب) الجانب الوقائي في مشكلة تعاطي المخدرات ، دراسة قدمت للحلقة الدراسية السادسة عشر بالإدارة العامة لمكافحة المخدرات بالقاهرة ديسمبر ١٩٨٠ . (ب)
- حنورة ، مصري (١٩٨٣) اتجاهات طلاب الجامعة نحو تعاطي المخدرات وأساليب مكافحتها ، تقرير مبدئي قدم إلى المؤتمر الإقليمي الثاني لإدمان المخدرات أسبوط يناير ١٩٨٢ .
- حنورة ، مصري (١٩٨٣) بعض أبعاد مشكلة تعاطي المخدرات والكحوليات بين طلاب الجامعة بمصر ، دراسة نفسية اجتماعية « المجلة التربوية » (ج الكويت) ١٠ ، ٣ ، ٤٤ - ٧٦ .

- غالي ، محمد أحمد (١٩٨٠) سيكولوجية الإدمان والمدمنين - جامعة الكويت ، منشورات جمعية الدراسات الفلسفية ، النفسية والاجتماعية .
- فرج ، صفوت (١٩٨٠) التحليل العاملي ، دار الفكر العربي القاهرة .
- الفرحان ، عبد الله سعيد (١٩٨٥) الكويت والجهود الدولية لمكافحة المخدرات ، دولة الكويت ، وزارة الداخلية .
- كمر ، صالح الشيخ (١٩٨٥) الإدمان على الكحول ، منشورات وزارة الثقافة والإعلام ، الجمهورية العراقية ، السلسلة العلمية (٢٥) بغداد .
- مصقر ، عبد الرحمن (١٩٨٥) الشباب والمخدرات في دول الخليج العربي ، شركة الربيعان للنشر والتوزيع ، الكويت .
- مرسي ، كمال إبراهيم (١٩٧٩) القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- هيئة بحث تعاطي الحشيش (١٩٦٠) تعاطي الحشيش التقرير الأول ، منشورات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناائية ، دار المعارف القاهرة .
- هيئة بحث تعاطي الحشيش (١٩٦٤) تعاطي الحشيش التقرير الثاني ، منشورات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناائية القاهرة .
- الهواري ، محمد محمود (١٩٨٧) المخدرات من القلق إلى الاستعباد ، كتاب الأمة رئاسة المحاكم الشرعية والشؤون الدينية ، دولة قطر .

ب - المراجع الأجنبية

- Adluf, E.M. & Smart, R. C. (1983) Risk taking and drug behavior; An examination, Drug & Alchol Dependence, 11, 287-296.
- Bilal, A. M. & Elislam, M.F. (1905) Some Clinical and behavioral Aspects of patients with Alchol dependence problems in Kuwait, Psychiatric Hospital, Alchool & Alcholism, p. 20, 1, 57- 62.
- Buckman, J (1971) Social and medical aspects of illicit use of Lsd, Intern. J. Soc. Psychol., 17, 3, 163- 176.
- Camps, F. E. (1970) Drugs of Dependence: A social and Pharmacological Problems, Intern J. Addic. 5, 131- 158.
- Carlin, A.S. and post, R.d. (1974) Drug use and achievement, Intern. J. Addic. 8, 3, 401- 410.
- Castano, R. (1985) Two version of dependence: D.S.M. 111 and the Alchool dependence Syndrome, 15, 81- 103.
- Chopra C.S. (1972) Sociological and Economic aspects of Drug Dependence in India, Intern Addic. 7, 1 57- 63.
- Cohen, K. (1972) Multiple Drug use considered in the light of the stepping stone hypothesis, (Memeographed).
- Cooper, B. & Shepherd, M. (1973) Epidemiology and abnormal psychology (In: eysenck, 1973, pp. 34- 66).
- De Renzi, E.; Fagillioni, P.N. & Pignattari, L. (1984) Intellectual and memory Impairment In moderate and Heavy Drippers, Cortex, 20, 525- 533.
- Edwards, G. Arif (1980) Drug problem in the sociocultural Context WHO, Geneva.

- Ellinwood, K. and rockwell, w.j.k. (1975) Effect of drug use on sexual behavior, *Med. Asp. Hum. Beh.* March, 10- 32.
- Eysneck, H. ed. (1973) *Hand Book of abnormal psychology*, pitnan, London.
- Eysenck, H. & Eysneck, S.B.C. (1975) *Manual of the Eysneck Personality Questionnaire (Junior & Adult)* Hodder and Stoughton, London.
- Galizio, M. & Maisto, S.A. (1983) *Determinants of substances abuse*, Plenum press New York and London.
- Garret, M. (1971) *Statistics in Psychology and Education*, vakils, Bombay.
- Gibbens, t.c.m (1972) Drink, Drugs and delinquency, *Med. Soc. law*, 2, 4, 252- 257. J.
- Gilber, J. (1970) Drugs in memory improvement in normal aging, *psychophar. Bull.* 6, 21.
- Gossop, M. (1978) Drug dependence, Crime and personality among female addicts, *Drug and Alchool Dependence*, 359- 364.
- Hare, E.H. (1952) The ecology of mental disease. *J. Ment. Sci.* 98, 579- 594 (through, cooper & Shepherd, 1973).
- Kalant, H.C. (1983) Observations on A decade of Alchol and Drug dependences research, *Drug and Alchol Dependence* 11, 3- 8.
- Kelly, M.G. And sanumon, F. (1975) some characteristics of Drug abusers attending a drug treatment center, *J. Irish Med. Assoc.*, 68, 5, 121- 123.
- Leavell, H.R. & Clark, E.C. (1953) *Textbook of preventive Medicine*, Mgraw-Hill, New York. (through: cooper & Shepherd, 1973).
- Lugman, W. & Danewski, T.S. (1976) The use of thast (catha a edulis) in Vemen, Social and Medical observation, *Ann. Intern Meccine*, 85, 246- 249.
- Lewis, A. (1968) «A review of the international clinical literature». *Cannabis: report by the advisory Committee on drug dependence*, London: H.M.S.O., 1968.
- Mc Glothlic, W.H.; Arnold, D.O.; Rowan, P.K. (1970) *Mari-*

juane use among Adults, psychiatry, 33, 4, 433- 443.

- McNance, m.b.: Marin, s.m. Kuehnle, j.c. and mayer, R.N. (1976) Affective changes in chronic opiate use, Br. J. Addics. Vol. 71, pp. 275- 280.
- Morris, J.N. (1957) Uses of epidemiology, Levingstene Edinburgh.
- National Health Drug Abuse. U.S.A. (1977) Drug Abuse prevention for your community, Rockville, Mary land 20857.
- Norman, R.N. (1973) Alienation and student drug use, Intern. J. Addic, 8, 2 pp. 325- 331.
- Pogrebinski, S.A. (1982) Effect of Chronic Alchol intoxication on temporal parameters of the process of motor command organization and on intermispheric functional relations in Humans, ZV. Vyssh. Nerv. Deyat. Pavlov, 32 (4): 741- 743.
- Pugliese, A. (1973) The effects of drugs on learning and memory Intern J. Add, 8, 4, 643- 656.
- Reid, D.D. (1960) Epidemiological methods in the study of mental disorder, (wrl. Hlth. pap. No. 2) Geneva.
- Richek, m. Angle J.F. Mc dams w.s. and D'Anglo, J. (1975) Personality Menatl Health correlates of drug use by high school students, J. Ner. Men. Disease, 160, 6, 435- 442.
- Smart, R.C. Fejer, D. & White, J. (1971) The extent of drug use in metropolitan Toronto schools, Addications, 18, 1, 1- 17.
- Soueif, M.I. (1980) Cannabis views based on some clusters of findings, (Menographed).
- Soueif, M.I. (1976), Some determinats of psychological deficits associated with chronic cannabis consumption, Bulletin on Narcotics XVIII: 1, 25- 42.
- Soueif, M.I. (1971) The use of cannabis in Egypt., A behavioral study, Bull. Narc. (1976) XXIII: 4, 17- 28.
- Soueif, M.I. (1967) Hashesh consumption in Egpt with special aspects, Bull. Narc., XIX, 2, 1- 12.
- Soueif, M.I. El-Sayed, A.M.; Darweesh, Z.; Hannourah, (1982) the extent of nonmedical use of psychoactive substances among secondary school students in greater Cairo, Drug and Alchol Dependence, 9, 15- 41.

- Soueif, M.I. El-Sayed, A.M.; Darweesh, Z. Hannourah, M.A. (1980) The Egyptian study of chronic Cannabis Consumption. NCSCR, Cairo.
- Soueif, M.I., El-Sayed, A.M. Hannourah, M.A.; Darweesh, Z. & Younis, F.A. (1988) Drug Abuse in Egypt. NCSCR, Cairo, Egypt.
- Soueif, M.I., El-Sayed, A.M.; Hannourah, M.A.; Darweesh, Z.A. (1980) The non medical use of psychoactive substances among male secondary school students in Egypt: An epidemiological study, Drug and Alcohol dependence, 5, 235- 238.
- Tinklinberg, J.B. Melges, F.T. Mollister, L.E. and Gillespie, N.K. (1970) Marijuana and immediate memory, Nature 226- 1171.
- Valdman, A.V. & Zivartau, E.E. (1982) Systems of Reinforcement and drug dependence, Drug & Alcohol dependence, 295- 301.
- Valdman, A.V. (ed) (1986) Drug Dependence and emotional behavior, (translated by: Sandler, L.R. & Sandler, M.) Consultant Bureau, New York and London.
- Valdman, A.V. & Zivartau, E.E. (1982) Systems of reinforcement and Drug dependence, Drug and Alcohol Dependence 10, 295- 301,
- Wekowitz, T. & Janson, D. (1973) Cognitive functions, Personality traits and social values in heavy marijuana smokers and non control, J. Abner Psych. 813, 246- 269.
- WHO Expert Committee on drug dependence (1976); Technical Rep. Ser. No. 618, WHO, Geneva.
- Who Expert Committee on drug dependence (1975) Tech. Rep. Ser. No. 577, WHO, Geneva.
- Who Expert Committee on drug dependence (1973), Tech. Rep. Ser. No. 526, WHO, Geneva.
- Woods, Geraldine (1986) Drug use and Drug abuse, Franklin Watts, New York.
- Woody, G. (1970) Visual disturbances experienced by hallucinogenic drug abusers while driving, Amer, Psych., 127, 5, 143-146.
- Zec, L. (1972) Staccata syndrome as consequence of drug abuse, Intern. Pharm., 7, 101- 104.

نبذة عن المؤلف

- من مواليد البحيرة بجمهورية مصر العربية .
- حصل على الليسانس والماجستير والدكتوراه (مع مرتبة الشرف الأولى) من كلية الآداب بجامعة القاهرة .
- عمل عضواً بهيئة التدريس بقسم علم النفس بكلية الآداب بجامعة الكويت منذ سبتمبر ١٩٨٣ حتى سبتمبر ١٩٨٨ .
- عمل عضواً بهيئة بحث تعاطي الحشيش بمصر من سنة ١٩٦٥ وحتى سنة ١٩٧٥ .
- عمل عضواً بالهيئة الأساسية للبرنامج الدائم لبحوث المخدرات بمصر (المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناحية) من سنة ١٩٧٥ حتى سنة ١٩٨٣
- تاريخ التحاقه بجامعة الكويت .
- عضو جمعية علم النفس الأمريكية .
- عضو جمعية علم النفس المصرية .
- عضو رابطة المتخصصين النفسيين المصريين .
- عضو اتحاد كتاب مصر .
- نشر العديد من البحوث والدراسات في مجال الإبداع والتذوق الفني وسلوكيات تعاطي المخدرات والكحوليات ، كما شارك في العديد من المؤتمرات التي اهتمت بهذه الجوانب .
- حصل على جائزة الدولة التشجيعية ونوط الإمتياز من الطبقة الأولى سنة ١٩٨٨ بجمهورية مصر العربية .
- يعمل حالياً عميد كلية الآداب بجامعة المنيا بجمهورية مصر العربية .

